Detlef Briesen

Das gesunde Leben

Ernährung und Gesundheit seit dem 18. Jahrhundert

campus

Detlef Briesen, Dr. phil., ist Privatdozent und lehrt Geschichte an der Universität Gießen.

Detlef Briesen

Das gesunde Leben

Ernährung und Gesundheit seit dem 18. Jahrhundert

Campus Verlag
Frankfurt/New York

Gefördert von und gedruckt mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie.
Detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter http://dnb.d-nb.de abrufbar.
ISBN 978-3-593-39154-0

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Copyright © 2010 Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main
Umschlaggestaltung: Campus Verlag, Frankfurt am Main
Umschlagmotiv: Werbeaufnahme um 1950. © ullstein bild
Gedruckt auf Papier aus zertifizierten Rohstoffen (FSC/PEFC).
Printed in Germany

Besuchen Sie uns im Internet: www.campus.de

Inhalt

I. Dilemmata gesunden Lebens im modernen Zeitalter 7

II. Die Herausbildung des modernen Gesundheitsdilemmas 15

1. Vom Wert der Lebensführung: Von der Antike bis zu den modernen Naturwissenschaften 17
2. Ernährungskrise, Überfluss und bürgerliche Kochkunst 37
3. Die Ernährung und die industrielle Revolution 51

III. Gesundheitliche Revolutionen 67

4. Die Alkoholprohibition – eine Gesundheitsbewegung 69
5. Die deutsche Lebensreform und die Ernährung vom Kaiserreich bis zum Nationalsozialismus 91
6. Gesundheits- und Hygienerevolution und die Ernährung 119

IV. Der moderne Massenkonsum, eine Gesundheitsbewegung aus den USA 139

7. Von der Neuen zur Neueren Ernährung: Massenernährung in Amerika 1900 bis 1930 141
8. Die moderne Ernährung: Die USA 1930 bis 1960 163

V. Goldene Zeiten: Die Individualisierung von Konsum und Gesundheit nach dem Zweiten Weltkrieg 181

9. Vom Mangel zum Überfluss: Ernährung in Deutschland bis in die 1970er Jahre 183
10. Vom vorläufigen Ende der Bedenken: Ernährungswissenschaften in der frühen Bundesrepublik 197

11. Transatlantische Party: Alkohol und Rauchen in der Nachkriegszeit 209

VI. Vom schnellen Ende der Schönen Neuen Welt 225

12. Die neue Rolle von Naturwissenschaften und Medizin 227
13. Schatten auf der Lunge: Die Schöne Neue Welt und das Rauchen 235
14. Die ersten Lebensmittelskandale 247
15. Die Paradoxien der modernen Ernährung in der Bundesrepublik Deutschland 273

VII. Gesundheit durch Gesundheitspolitik? 287

16. Vom Genussmittel zur tödlichen Droge: Rauchen seit den 1960er Jahren 289
17. Ein Martini zu viel: Alkohol zwischen gesellschaftlicher Azeptanz und Suchtprävention 307
18. Von der Gesundheitserziehung zur Health Promotion 319

VIII. Nachschlag 329

Literatur 333

Abkürzungen 367

Tabellenanhang 369

Personenregister 381

Sachregister 387

I. Dilemmata des gesunden Lebens im modernen Zeitalter

Diese Studie handelt von den Versuchen der Menschen in den letzten 200 Jahren, ein gesundes Leben zu führen. Ausgewählt wurden dabei drei Bereiche, die heute im Mittelpunkt der Debatte stehen: die alltägliche Ernährung, das Alkoholtrinken und das Zigarettenrauchen. Von diesem Ausgangspunkt werden die Vorstellungen, die mit diesen Formen des Konsums verbunden sind, und die tatsächlichen Verbrauchsweisen, die man ermitteln kann, geschichtlich zurückverfolgt. Es wird also eine mitunter komplexe Geschichte erzählt, die durch eher einfache Fragen strukturiert wird: Wie haben sich die Menschen in den jeweiligen historischen Epochen ernährt, welche Genüsse haben sie sich geleistet, wie sind sie mit den damit verbundenen moralischen und gesundheitlichen Aspekten umgegangen? Was galt überhaupt als gesund? Welche Konflikte um Macht, Herrschaft, Unterdrückung oder Emanzipation wurden dabei ausgefochten? Welche Rolle spielten Vorurteile, Bräuche, Technik und Wissenschaft? Inwieweit spiegelte sich bei der Frage nach *Gesundheit* oder *Krankheit* kultureller Wandel? Wie haben sich dabei überhaupt die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit gewandelt? Und nicht zuletzt: Wurden Verbesserungen erreicht oder hat speziell in den letzten Dekaden nicht eher eine Verschlechterung stattgefunden?

Diese Fragen geben bereits Hinweise auf das Forschungsdesign, das ausgewählt wurde. Ursprünglich sollte mit dieser Studie ermittelt werden, wie und inwieweit im deutsch-amerikanischen Vergleich in drei zentralen Bereichen der gesundheitlichen Prävention in den letzten Jahrzehnten Fortschritte erzielt worden sind beziehungsweise wie man das bisher Erreichte mit Blick auf die Zukunft kritisch bilanzieren kann. Wie könnte es mithilfe staatlicher Gesundheitsförderung gelingen, Menschen zu einem die Gesundheit stärker berücksichtigenden Lebensstil zu veranlassen?

Im Laufe des Forschungsprozesses stellte sich heraus, dass ein derartiger Zuschnitt viel zu eng gewählt war. Um ein wirkliches Verständnis für

den aktuellen Stand der Prävention zu gewinnen, mussten die historischen Wurzeln heutiger Zustände aufgezeigt werden. Die Strukturen von Alltagskost und Genussmitteln verweisen auf langfristige, eher träge Systeme von Bräuchen und Präferenzen; sie sind über einen Zeitraum vieler Jahrzehnte entstanden und können daher nicht von heute auf morgen verändert werden. Der Rationalität gesundheitlich optimalen Verhaltens steht mithin die Praxis gesellschaftlich eingeschliffener Verhaltensweisen gegenüber.

Das Buch endet schließlich nicht mit Vorschlägen zur staatlichen Gesundheitsprävention, sondern mit Konzepten dafür, wie Einzelne und Gesellschaften sensibler mit Fragen der Gesundheit umgehen könnten als bisher. Dabei wird individuellen Ansätzen der Vorzug gegeben, denn Menschen sind zunächst einmal selbst für ihr Leben verantwortlich. Herrschaftlich ausgerichtete Medikalisierung war nur ein Teil jener permanenten Gesundheitsrevolution, die im späten 18. Jahrhundert ihren Anfang genommen hat. Dabei waren die medizinischen Laien stets aktiver und einflussreicher als lange vermutet. Viel von der besonders in Deutschland brachial verordneten staatlichen Gesundheitspädagogik ging in der sozialen Praxis einfach unter. Die Leute wollten nicht, und auf ihre Weise hatten sie Recht.

Relativiert hat sich weiterhin der ursprünglich angestrebte Vergleich Deutschlands mit den USA. Die Entstehung des modernen Lebensstils, der sich im Folgenden als verantwortlich für viele noch aufzuzeigende Dilemmata erweisen wird, war in den letzten zwei Jahrhunderten ein internationales Phänomen; oder zumindest ein Ergebnis der engen Verflochtenheit der europäisch geprägten, frühzeitig industrialisierten Welt aus Staaten, Kulturen und Handelsströmen. Die USA und Europa waren bei allen Unterschieden in Mentalitäten, Einkommen und so weiter bis in die jüngste Vergangenheit hinein viel zu sehr miteinander verflochten, als dass ein Vergleich wirklich tragen würde. Mehrfach wird sichtbar werden, wie stark sich gerade Deutschland und Nordamerika immer wieder gegenseitig beeinflusst haben. Diese Wechselseitigkeit, die Interdependenz der Entwicklung, zeigte sich in zahlreichen Teilaspekten, wobei im 19. Jahrhundert der Einfluss von Deutschland auf die USA stärker war als umgekehrt. Deutscher Einfluss meinte dabei nicht nur Bratwurst und Sauerkraut, sondern zentrale Errungenschaften wie Lebensreform, Reformküche, Ernährungswissenschaften, Hygieneinstitute und -gesetzgebung.

Im 20. Jahrhundert beeinflussten dann eher die USA die Bundesrepublik Deutschland durch industrialisierte Massenernährung, Cornflakes und *Coca-Cola*, Marketing und Produktwerbung, aber auch durch eine neue

Welle der Ernährungsreformen sowie Umwelt- und Verbraucherbewegungen. Neuartige Trends wurden zudem in den letzten zwei Jahrhunderten diesseits und jenseits des Atlantiks von der Elite oft zeitgleich aufgegriffen. Allerdings gab es in der Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg für die deutsche Seite erhebliche Defizite im Massenverbrauch – Deutschland produzierte eben lieber Kanonen statt Butter. Erst durch die politische Umwälzung nach 1945 war es in Westdeutschland möglich, dass neue Konsumstile immer öfter zeitgleich mit den USA aufgegriffen wurden. Nach dem Zweiten Weltkrieg erwies sich auch in der Ernährung die amerikanische Konsumkultur als mächtigste Bewegung des 20. Jahrhunderts. Dies veränderte die Bundesrepublik entscheidend; die DDR, auf die hier nicht eingegangen wird, nahm einen ganz anderen Weg.

Mir hat die Beschäftigung mit der Geschichte von Alltagskost und Genussmitteln einen weiteren Lernprozess ermöglicht: Die scheinbar klaren Gegensätze von richtigem und falschem Verhalten und die angeblich so eindeutigen Handlungsmöglichkeiten des Einzelnen oder des Staates haben sich verwischt. Neben die Trägheit kultureller Präferenzen tritt als weiterer Faktor die Körperlichkeit des Menschen. Offenbar können Menschen gar nicht anders als das, was ihnen schmeckt oder gut tut, auch für gesund zu halten. Hier spielen uns unser physiologisches Erbe und unsere genetischen Geschmackspräferenzen einen Streich. Der permanente Angriff der Hormone und Enzyme in unserem Gehirn auf unser rationales Verhaltenswissen bildet die Basis für ein verhängnisvolles Dilemma: Es besteht zwischen unserem passiven Wissen um die Schädlichkeit von Fett, Zucker, Tabakqualm oder Hochprozentigem auf der einen Seite und unserer Vorliebe, uns aktiv zu vergiften, auf der anderen Seite.

Daher wird hier nicht die Moralkeule geschwungen. Das heißt, menschliches Verhalten wird nicht mit Blick auf objektive Kriterien geprüft, die gleichsam wie auf einer Notenskala von sehr gut über befriedigend bis mangelhaft reichen. Schon gar nicht wird eine ursprünglich gute, gesunde und menschengemäße Naturkost aus der Vorzeit einer degenerierten Industriekost gegenübergestellt. Bei allen heutigen Fehlern und Defiziten wird sichtbar werden, wie sehr sich insbesondere die Durchschnittskost in den letzten beiden Jahrhunderten verbessert hat. Normative Fragen und der permanente Verweis auf Fehler des Staates oder bösartiger Industrieller werden nur eine untergeordnete Rolle spielen: zum einen, weil noch zu zeigen sein wird, dass es eine weitere, nun wirtschaftliche Basis für das oben angedeutete Dilemma gibt. Unsere Vorlieben für zu Salziges, Süßes,

Fettes oder ein Zuviel an Genussmitteln können wir erst seit einigen Jahrzehnten wirklich exzessiv befriedigen. Es wird deutlich werden, welch historisch junges Phänomen jener Überfluss ist, der heute seine schädlichen Resultate zeigt. Zum anderen wird sich erweisen, dass die Entdeckung der Schädlichkeit des Überflusses selbst das Resultat eines historischen Erkenntnisprozesses war. Und schließlich sollte die Ernsthaftigkeit nicht unterschätzt werden, mit der man in historischen Epochen vor der Wohlstandsgesellschaft zu bestimmen versuchte, wie der Mensch, bei allen damaligen Beschränkungen, gesund leben konnte. Es hilft eben weder der permanente Verweis auf die historischen Verbesserungen noch auf die Defizite der Gegenwart wirklich weiter.

Dies leitet über zu Stichworten wie Wissenschaft oder gar Konstruktion von Gesundheit. Implizit liegt dieser Studie ein kulturtheoretischer Ansatz zugrunde. Ich beschäftige mich mit einer menschlichen Konstante: Essen und Genießen und deren oft verhängnisvollen Folgen. Dies stelle ich nicht in einen naturwissenschaftlichen Zusammenhang, etwa in Bezug auf Blutfettwerte, Leberzirrhose oder Diabetes, sondern in einen kulturwissenschaftlichen Kontext. Zwar hat insbesondere die Soziologie in den letzten Jahrzehnten über die Widerlegung der *tabula-rasa*-Theorie schwere Rückschläge einstecken müssen, aber generell sollte niemand daran zweifeln, dass menschliches Verhalten sich in kulturellen Kontexten abspielt. Diese sind jedoch vorrangig nicht per se strukturiert (wie die Soziologie viele Jahrzehnte hervorgehoben hat), sondern diskursiv und konflikthaft. Das heißt, die Menschen verhandeln in einem komplexen Prozess mithilfe von Handlungen und Symbolen darüber, was ihre Gesundheit eigentlich ausmacht. Oder um Marx abzuwandeln: Die Menschen machen ihre Gesundheit selbst, wenn auch nicht aus freien Stücken.

Diese hier kulturgeschichtlich gefassten Kontexte jedoch sind so real wie die Verdauungs- oder Inhalationsprozesse beim Essen, Trinken oder Rauchen selbst. Ich stehe daher einigen zentralen Setzungen des Postmodernismus skeptisch gegenüber: Ernährung, Rauchen oder Alkohol sind keine Texte, mit denen ich mich befasse, sondern reale körperliche Vorgänge, auch wenn sie sich in kulturellen Kontexten zutragen. Fettlebern, Bäuche und Lungenkrebs sind wirklich und führen zum Tode, sie sind nicht (nur) gesellschaftliche Konstruktionen. Gleiches gilt für Aids, Verkehrsunfälle oder Heroinsucht. Auch untersuche ich nicht die Konstruktion der Ernährung. Ernährung ist wie Rauchen, Trinken und Essen ein physiologischer Vorgang, der inzwischen umfassend im Labor erforscht

worden ist. Ernährung wird nicht konstruiert, sie findet statt. Jede Sekunde, überall.

Konstruktivisten begehen leider nur zu häufig den Fehler des Umkehrschlusses: Zwar ist es bedeutsam, dass wir gesellschaftliche Prozesse für unsere Selbstverständigung konstruieren müssen, aber nicht jede derartige Konstruktion erzeugt eine Realität. Eine solche Position hat im Übrigen mit dem ursprünglichen Konstruktivismus, der ja nur den naiven Realismus überwinden wollte, nicht viel gemein. Eher handelt es sich dabei um eine Wiederholung jener intellektuellen Spielarten, die man schon in der Antike als Sophismus bezeichnet hat. Anders ausgedrückt: Die Wirklichkeit ist zwar eine Konstruktion, aber nicht jede Konstruktion ist eine Wirklichkeit. Es gibt Raucher und Nichtraucher, die gesellschaftliche Metaphorik allein entscheidet nicht über deren Überlebensrate. Gesellschaftliche Debatten können aber in einem zweiten Schritt für Alkohol- und Nikotinabhängige oder Esssüchtige bedeutsam werden. Denn sie beeinflussen den Umgang mit Problemen und erleichtern oder erschweren die Schaffung angemessener Rahmenbedingungen für Vorbeugung oder Heilung.

Die Dekonstruktion der Gesundheit erscheint mir daher nicht als der Ernsthaftigkeit des Themas angemessen. Ich versuche, Konsumweisen und deren gesundheitliche Bedeutung für Individuen und Gesellschaften im Wandel der letzten zwei Jahrhunderte zu ermitteln. Dies ist also keine Diskursgeschichte, sondern ein vielleicht viel schwierigerer Versuch: Fragen des gesunden oder krankmachenden Lebensstils in eine neuartige Kultur-, Konsum- und Gesundheitsgeschichte zu integrieren. Die genannten drei Bereiche stehen bisher eher unvermittelt nebeneinander. Sie miteinander zu verbinden, habe ich als meine wichtigste Aufgabe angesehen. Dabei habe ich, was nicht immer in Fußnoten deutlich werden wird, ein ordentliches Pensum an Literatur durchgearbeitet. Die Masse erschwert hier eine ausführlichere Diskussion des Vorhandenen, von Schwächen, Stärken und bisherigen Defiziten. Die dabei empfehlenswerten Titel ergeben sich für die Leser in der Lektüre der einzelnen Kapitel. Gute Bücher werden einfach häufiger zitiert...

In den letzten Jahrzehnten hat sich ein zentraler Widerspruch weiter vertieft, besonders in den reichen Ländern der sogenannten Ersten Welt. Er besteht zwischen den Möglichkeiten der persönlichen und kollektiven Gesundheitsvorsorge auf der einen Seite und den tatsächlichen Verhaltens- und Vorgehensweisen auf der anderen Seite, mithin zwischen dem, was als

richtig erkannt und möglich ist, und der Art und Weise, wie tatsächlich gehandelt wird. Es gibt heute eine weitgehende Übereinstimmung darüber, dass ein großer Teil der Krankheiten, an denen die Menschen (zumindest in Ländern wie Deutschland oder den USA) leiden, durch deren eigenes Verhalten hervorgerufen wird. Diese Auffassung wird inzwischen durch zahllose wissenschaftliche Studien bekräftigt: Persönliche Vorlieben und Lebensstile gelten heute als bedeutsame Gesundheitsrisiken. Man denke an schlechte Ernährung, Rauchen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, mangelnde Bewegung oder ein Zuviel davon, riskante Verhaltensweisen wie bestimmte Sportarten, gewisse Umgangsweisen mit Autos und Motorrädern und gefährliche sexuelle Gewohnheiten. Sie alle sind heute leider zu oft für Krankheiten oder frühzeitiges Ableben verantwortlich.

Besonders die Ergebnisse der Ernährungsforschung sind so eindeutig wie erschütternd. Es gibt kaum einen Experten, der nicht die gesundheitsfördernden Wirkungen einer ausgewogenen Ernährung hervorhebt (Leitzmann/Groeneveld 1997). Kaum eine Umfrage, in der die Befragten in den letzten Jahrzehnten nicht die positive Bedeutung von hohem Obst- und Gemüsekonsum, von weniger Fett, Alkohol, Zigaretten und von ausreichender Bewegung betont hätten. Schon im Mai 1969 sahen es 81 Prozent der damals Befragten als erwiesen an, dass eine Veränderung der Lebensgewohnheiten (und regelmäßige Arztbesuche) viele Krankheiten abwehren könnten. Damals glaubten nur noch zwölf Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung an die Schicksalhaftigkeit von Krankheiten (Noelle/Neumann 1974: 18f.).

Und wenn auch weitgehend Konsens darüber herrscht, dass die Menschen in den post-industriellen Gesellschaften sozusagen ihr eigenes, größtes Gesundheitsrisiko geworden sind, ist dennoch unklar, was getan werden kann, um sie und ihr Verhalten zu verändern. Denn bei derartigen Interventionen kollidieren zwei zentrale Prinzipien miteinander: die persönliche Freiheit auf der einen und die Gesundheitsförderung auf der anderen Seite. Wo begrenzt also die soziale Verantwortung die individuelle Entscheidung, sich unverantwortlich, unsozial oder einfach dumm verhalten zu dürfen? Es mag zwar angesichts der aktuellen Debatte um die (deutsche) Gesundheitsreform so erscheinen, aber Klagen über die Dummheit der Zeitgenossen in gesundheitlichen Fragen sind keineswegs neu. Sie ziehen sich vielmehr wie ein roter Faden durch die Gesundheitsgeschichte der letzten 200 Jahre. Motiviert werden die Äußerungen durch einen offenkundigen Gegensatz, in dem sich die Menschen bewegen: zwischen den Mög-

lichkeiten zur Verbesserung des persönlichen Gesundheitszustandes, welche der gesellschaftliche Wandel der letzten zwei Jahrhunderte mit sich gebracht hat, und den Gefährdungen durch den Wohlstand. Im Überfluss leben zu dürfen, hat nun einmal Licht- wie Schattenseiten. Vergessen wir zunächst nicht die positiven Errungenschaften: In Ländern wie in Deutschland oder den USA ist der unfreiwillige Hunger weitgehend verschwunden. In den Vordergrund rücken heute eher die negativen Seiten des Überflusses. Besonders beim Rauchen, Essen und Alkoholtrinken treten die heutigen Dilemmata des Alltagslebens für Millionen von Menschen deutlich zutage. Der Überfluss und die Möglichkeit der freien Disposition des Einkommens schädigen die Gesundheit. Dies wird heute beim Rauchen kaum noch ernsthaft bestritten; gleiches gilt in abgeschwächter Form für Alkohol. Auch bei der Ernährung sind die Grundlinien der Kritik eigentlich klar – die Nahrung ist oft zu fett, salzig, süß, kalorienreich, geschmacklos, konzentriert, künstlich oder zu sehr mit Appetitanregern oder überhaupt mit künstlichen Extrakten oder Auszügen versehen. Und auf jeden Fall gibt es von allem viel zu viel!

Dies ist jedoch nur eines der Dilemmata, die bei einer Beschäftigung mit der Geschichte der gesunden Lebensführung zutage treten. Blickt man auf die Entwicklung der letzten 200 Jahre, so tritt eine weitere Erscheinung in den Mittelpunkt: die Person nämlich, die gesundheitliche Fragestellungen nicht ignoriert, sondern im Gegenteil extrem überbewertet. Spätestens seit der Mitte des 19. Jahrhunderts hat es die moderne Welt nicht nur mit dem Überfluss und dessen schädlichen Auswirkungen, sondern auch mit dem Gesundheitsapostel zu tun. Seine Reaktion auf die Veränderungen der persönlichen Lebensweisen ist genauso extrem wie die des Ignoranten: Ein Gesundheitsfanatiker ist nach den Worten von Mark Twain eine Person, die isst, was sie eigentlich nicht essen will, trinkt, was sie nicht mag, und das tut, was sie am liebsten gar nicht tun würde. Ein Gesundheitsapostel wird sogar versuchen, trotz der unliebsamen Entsagung nach außen, energiegeladen, fröhlich und seiner hohen Lebenserwartung sicher zu erscheinen. Er wird daher bestrebt sein, seinen Nachbarn von seiner Lebensführung zu überzeugen.

Im Folgenden wird immer wieder in Beispielen deutlich werden, zu welchen unglaublichen Dummheiten und abstrusen Ideen auch die Gesundheitsfanatiker fähig sind. Dies ist im Übrigen keineswegs nur gegen jene oft behauptete Stellung der Gesundheitsapostel als vollkommene Laien im medizinischen Karpfenteich gemeint. Verrückte, dumme oder

sogar unmenschliche Ideen haben auch die medizinische Fachwissenschaft, und dies nicht nur im Bereich der Gesundheitsförderung, in den letzten knapp 200 Jahren mitunter entscheidend geprägt. Leider hat die historische Wissenschaft in ihrer Beschäftigung mit der Geschichte der menschlichen Gesundheit häufig einen eher arroganten Blick auf die Reformer geworfen (Whorton 1982: 4f). Sie galten oft als Widersacher einer aufgeklärten Befassung mit der menschlichen Gesundheit. Eine Rolle spielte dabei ein wesentliches Merkmal gesundheitlicher Heilslehren: die Ideologie. Gesundheitslehren sind auch Glaubenssysteme, die auf mehr zielen als auf empirisch überprüfbare Verbesserungen der Lebensführung. Sie richten sich auf quasi-religiöse Ziele aus und wollen den Menschen wieder mit der Natur in Einklang bringen.

Gegen die Gesundheitsapostel wurde daher schon frühzeitig ein Gegenmodell formuliert. Dazu ein prägnantes Beispiel: Im Jahre 1808 wurde der schottische Mediziner und Universitätsprofessor Dr. James Gregory in eine Debatte des englischen Parlamentes verwickelt, in der es um die Einführung einer gesetzlichen Impfpflicht gegen die Pocken ging. Das Gesetz hätte die zwangsweise Registrierung und Isolierung von ermittelten Erkrankten ermöglicht. Der Vorschlag war einer erheblichen Opposition ausgesetzt, vor allem wegen der enthaltenen Zwangsmaßnahmen. Dr. Gregory argumentierte:

»England is a free country and the freedom which every freeborn Englishman chiefly values is the freedom of doing what is foolish and wrong and going to the devil in his own way.« (Stern 1927: 48)

Gut 150 Jahre später argumentierte der amerikanische Kolumnist James Kilpatrick auf eine ähnliche Weise. Damals ging es um eine gesetzliche Regelung für einen Vorschlag der *National Highway Traffic Safety Administration*: Sie schlug vor, den Einbau von Airbags in neu zugelassene Autos per Gesetz verpflichtend zu machen. Kilpatrick beharrte darauf, dass dies der freien Entscheidung der Konsumenten überlassen werden müsste:

»A free people must be free to be foolish.« (*Portland Oregonian* vom 23. Dezember 1983)

Durch zwei Jahrhunderte, Tausende von Kilometern und erheblichen technischen Fortschritt voneinander geschieden, haben diese Protagonisten der Freiheit jeweils Grenzen für den Eingriff der Allgemeinheit in die persönliche Lebensführung gesetzt. Wahrscheinlich sollten wir diese besser nicht überschreiten.

II. Die Herausbildung des modernen Gesundheitsdilemmas

Über viele Jahrhunderte hatten die europäischen Kulturen eine Vorstellung vom gesunden Leben, die von der alteuropäischen Tradition bestimmt war. Sie war durch eine hochselektive Interpretation von vermeintlich aus der Antike stammenden, medizinischen Lehrmeinungen über die Lebensführung geprägt. Das gesunde Leben war demnach das Produkt einer von Ärzten verbreiteten Präventionslehre, die nicht die kurativen, sondern die präventiven Aspekte der Medizin in den Vordergrund rückte.

Diese Sicht auf Seele und Körper des Menschen und dessen die Gesundheit fördernde oder schädigende Verhaltensweisen wurde seit dem Anbruch der Neuzeit auf vielfältige Weise herausgefordert: Neue wissenschaftliche Lehren wie die Iatrochemie, die aufklärerische Hygienelehre und schließlich die ersten Ansätze der modernen Naturwissenschaften stellten das humoralpathologische Wissen in Frage. Lebensmittel aus Übersee drangen nach Europa vor und erforderten eine grundlegende Überprüfung. Die Massenernährung verschlechterte sich bis zu einem allgemeinen Tiefpunkt um etwa 1800 kontinuierlich: Viele Produkte wie die Kartoffel oder der Kaffee und neue Produktionsverfahren wie die Schnapsdestillation drangen in Europa in eine Massenkost vor, die kaum mehr als das tägliche Überleben sicherte. Diesem Mangel standen zwei neue Entwicklungen gegenüber: erstens ein neuartiger Überfluss in den sich damals gründenden USA und zweitens der Essluxus des europäischen Hochadels, der nach 1800 eine bürgerliche Kost beeinflusste. Nach der Jahrhundertmitte erhöhte sich der Einfluss der Industriewirtschaft auf die Erzeugung von Lebensmitteln. Deutschland und die USA gingen dabei von unterschiedlichen Ausgangsbedingungen aus. In den USA beschleunigte sich die Industrialisierung der Alltagskost nach dem Sezessionskrieg und erreichte schon vor dem Ersten Weltkrieg bis dahin unbekannte Ausmaße. In Deutschland dagegen gelang es bis zum Kaiserreich zunächst allenfalls, Unterversorgung und periodische Hungersnöte zu überwinden. Ein den

USA vergleichbarer Wandel setzte erst im Jahrzehnt vor dem Ersten Weltkrieg ein.

1. Vom Wert der Lebensführung: Von der Antike bis zu den modernen Naturwissenschaften

Bis weit in das 19. Jahrhundert teilten die Nordamerikaner und ihre europäischen Verwandten, Deutsche, Franzosen und Briten, die grundlegenden Ansichten über eine angemessene Lebensführung und deren gesundheitlichen Wert. Es gab also ein alteuropäisches Erbe: Einflussreiche Vorstellungen über das gesunde Leben hatten sich in der Antike, bei Griechen und Römern, herausgebildet. Allerdings gab es keine direkte Linie, die von Hippokrates oder Galen unmittelbar bis in die Medizin des 19. Jahrhunderts führte, sondern zahlreiche Neuanfänge und Interpretationen (vermeintlich) antiken Wissens. Ab dem 5. Jahrhundert war beinahe die gesamte antike Wissenschaft untergegangen, im Mittelalter bildete sich die Klostermedizin neu heraus. Die seitdem vorherrschenden Kenntnisstände wurden ab dem 16. Jahrhundert von Forschern in Frage gestellt, die oft etwas voreilig als Alchemisten bezeichnet werden. Das antike Erbe war so eher eine diffuse Folie, auf die man sich bezog, um die eigenen Ideen abzusichern. Man argumentierte mit den Alten, ohne wirklich zu wissen, welchen Stand die Medizin bis in die Spätantike tatsächlich erreicht hatte.

Nicht nur das antike, sondern das gesamte alteuropäische Erbe der Medizin hatte aber gleichwohl eine Komponente, die für die Vorstellungen vom gesunden Leben von zentraler Bedeutung war (und ist). Von den antiken Griechen bis zum Aufkommen der modernen Chirurgie und Chemotherapie war die Medizin im Wesentlichen eine Präventionslehre. Durch richtige Verhaltensweisen und Mäßigung sollten Krankheiten erst gar nicht entstehen. Ernährung, Alkoholkonsum und später auch das Tabakrauchen wurden insofern im Sinne einer solchen Präventionslehre interpretiert. Denn die Ärzte standen bis weit in das 19. Jahrhundert den meisten Leiden der Menschen ziemlich hilflos gegenüber.

Von *De diaeta* des Hippokrates bis zur Umgestaltung der Medizin durch die Naturwissenschaften bestimmte die Diätetik die Heilkunde – als umfassendes Konzept nicht nur für eine gesunde Ernährung, sondern überhaupt

für eine dem Menschen angemessene Lebensführung (Melzer 2003: 16ff.; Nutton 1995a: 11–38). Erstmals genauer fassbar wurde dies bei den Pythagoreern. Sie interpretierten ungewollte Zustände generell als Störungen der natürlichen, mathematisch bestimmten Harmonie des Kosmos. Krankheiten wurden als Störungen der natürlichen körperlichen Harmonie durch Maß- und Zügellosigkeit begriffen. Daraus entstand eine Diätetik als Regelwerk für eine gesunde Lebensweise. Zum idealen Tagesablauf eines Pythagoreers gehörte es, den Tag mit einem Morgenspaziergang zu beginnen. Darauf hatte die geistige und körperliche Ertüchtigung zu folgen. Das Mittagessen sollte aus Brot und Honig bestehen. Der Nachmittag war für Geschäfte, Besprechungen oder Politik reserviert, dann folgten wiederum Spaziergänge, ein Bad und schließlich ein Abendessen aus Wein, Gerstenkuchen, Brot, rohem und gekochtem Gemüse (Riedweg 2001: 648–653).

Diese Ernährungslehre wurde in *De diaeta* angeblich durch Hippokrates von Kos (circa 460–370 vor Christus) weiterentwickelt. Genauer handelte es sich bei dieser Schrift um ein Kompendium, in dem eine Gruppe von Ärzten ihre Ideen unter Berufung auf einen gewissen Hippokrates zusammenfasste (Potter/Gundert 1998: 590–599). Konstitutiv war die Humoralpathologie. Sie war bereits in der Schrift *Über die Natur des Menschen* gegen 400 vor Christus entwickelt worden. Dabei verwandelte sich die Physik des Empedokles (circa 494–434 vor Christus) – er hatte die Grundsubstanzen Feuer, Wasser, Erde, Luft postuliert – in ein Krankheitskonzept. Die vier Elemente wurden zu vier konstitutiven Säften im menschlichen Körper, vier Jahreszeiten, vier Lebensaltern und vier Qualitäten (kalt, warm, trocken, feucht) in Analogie gesetzt (Nutton 2001: 1208–1210). Seitdem bestand der Regelfluss im menschlichen Körper aus Blut, Schleim und zweierlei Galle. Deren angemessenes Verhältnis in Bezug auf Mischung, Wirkung und Menge hielt den Menschen gesund. Krank wurde man durch falsche Mengen-, Mischungs- oder Absonderungsverhältnisse. Krankheiten konnten (angeblich) durch die Analyse der Mischungsverhältnisse von Körpersäften lokalisiert und erklärt werden. Die Humoralpathologie kannte sowohl ärztliche Eingriffe als auch Selbstheilung durch Änderung des Lebensstils. Krankheiten waren ja durch falsche Mischungen von Körpersäften ausgelöst worden; der Betroffene konnte selbst versuchen, durch eine gesunde Lebensweise den Schaden zu beheben. Das eigene Bemühen um Synkrasie (die richtige Mischung der Körpersäfte) und das Beheben von Dyskrasie (Fehlmischungen), jeweils durch den Wandel des Lebensstils, nahmen in der hippokratischen Medizin einen zentralen Platz ein.

Dem Prinzip der gesunden Lebensweise gaben die vier Bücher von *De diaeta* großen Raum. Mit bedacht wurden dabei Speisen, körperliche Tätigkeiten, Temperament, Lebensalter sowie Wind- und Witterungsverhältnisse. Basis der Ernährungsvorschriften war eine Einteilung der Lebensmittel in flüssige und feste Nahrung sowie Pneuma, das man einatmete. Diese drei Grundlebensmittel im Übermaß oder im falschen Verhältnis aufzunehmen, führe zu Krankheiten. Zudem wurden bestimmten Erzeugnissen je nach ihrem Verarbeitungsstand noch weitere Wirkungen zugeschrieben. Die Lebensmittel und ihre Wirkungen wurden in *De diaeta* listenartig zusammengefasst. Eine vergleichbare Einteilung fand sich in zahlreichen der bis in das 18. Jahrhundert veröffentlichten Ernährungslehren: Gerste galt als abführend, Bohnen, Erbsen und Linsen galten als nahrhaft, verstopfend und blähend. Vögel waren trockener als andere Lebewesen. Käse war kräftig, nahrhaft, erhitzend und verstopfend. Wasser war kalt und feucht, Wein und Honig warm und trocken. Rohe Äpfel verstopften, gekochte führten ab. Brot und Fleisch standen im Zentrum dieser Ernährungslehre; generell bestand große Skepsis gegenüber Fisch, Obst, Gemüse und Milch (Ackerknecht 1970: 174ff.).

Aus dem Römischen Kaiserreich stammt jener Mediziner, der dann über viele Jahrhunderte die europäischen Vorstellungen von Medizin, Physiologie und gesunder Ernährung prägen sollte: Galen von Pergamon (circa 129–199 nach Christus) (Nutton 1995b: 58ff.). Eine wichtige Ursache für seine über 1.500 Jahre andauernde, kanonische Bedeutung war seine Grundannahme vom Körper als Gefäß für die Seele. Sie erleichterte es den Christen und Muslimen, die antike Heilkunst mit ihren religiösen Vorstellungen zu verbinden beziehungsweise sie zu überliefern. War das hippokratische Grundmodell bis dahin durchaus strittig gewesen, brachte Galen die Lehre von den vier Körpersäften in eine endgültige Form. Die Kräuterheilkunde der Hildegard von Bingen (circa 1098–1179) war ebenso von ihr beeinflusst wie die Physiognomik Johann Caspar Lavaters (1741–1801) und selbst noch die Wasserkur des Pfarrers Sebastian Kneipp (1821–1897). Sie dient noch heute dem Ziel, überflüssige Säfte aus dem Körper abzuleiten. Auch der Begründer der Makrobiotik, Christoph Wilhelm Hufeland (1762–1836), war von der Schonkostlehre beeinflusst, die über die Schriften Galens tradiert wurde. Noch Ernst Kretschmer (1888–1964) griff die Vorstellungen von Galen in seiner Konstitutionslehre wieder auf (Schöner 1964; Siegel 1968; Nutton 1993).

Am stärksten war der Einfluss Galens in der Ernährungslehre. Galen bevorzugte unter den Getreidearten die Gerste. Hülsen- und Baumfrüchten stand er ablehnend gegenüber. Melonen und Gurken waren seiner Ansicht nach schlecht verträglich. Von den Früchten galten ihm Weintrauben und Feigen als die besten. Feigen erzeugten allerdings Läuse. Schlecht angesehen waren alle sonstigen Frucht- und Gemüsearten. Von den Fleischsorten schätzte er das Schweinefleisch am höchsten ein, weil es dem Menschenfleisch ähnlich war. Rindfleisch dagegen machte laut Galen melancholisch; und wer Esels- oder Kamelfleisch verspeiste, wurde angeblich selbst diesen Tieren ähnlich. Neben Brot und Schweinefleisch sah er Geflügel und Meeresfische als gut an. Sie hielten den Menschen gesund. Bei Krankheiten sollten Knoblauch, Zwiebel, Kresse, Lauch und Senf gegessen werden (Ackerknecht 1970: 177f.). Galen gab sechs zentrale Elemente an, auf deren Ausgewogenheit seine Patienten zu achten hätten: Licht und Luft, Speise und Trank, Arbeit und Ruhe, Schlaf und Wachen, Absonderungen und Ausscheidungen und schließlich die Anregung des Gemüts.

Die medizinische Tradition, die Hippokrates und Galen begründet hatten, war stark asketisch ausgerichtet. Gleiches galt für das frühe Christentum; dies war neben der Seelenlehre von Galen ein weiterer Grund für die Übermittlung der Humoralpathologie bis in die Frühe Neuzeit. Askese prägte in der christlichen Welt vor allem die Mönchsorden und war Ausgangspunkt für die zahlreichen Speiseverbote und -gebote, die mit den christlichen Fest- und Fastentagen verbunden waren. Als man sich in Westeuropa im 11. Jahrhundert wieder wissenschaftlich mit Gesundheit und Ernährung befasste, wurde daher auf die Überreste antiker Vorstellungen zurückgegriffen. So überlebten die noch aus der Spätantike stammenden Stereotype: Äpfel sowie Ochsen- und Hasenfleisch galten als schädlich, Birnen ohne Wein als giftig, Aal ohne Wein als Ursache von Aussatz. Gegen Haarausfall sollten Zwiebeln gegessen werden.

Seit dem 16. Jahrhundert jedoch verlor die antike Diätetik allmählich an Bedeutung. Der Grund hierfür waren wissenschaftliche Erkenntnisse: So erkannten der Arzt und Naturforscher Paracelsus (1493–1541) und sein italienischer Kollege, Santoro Santorio (1561–1636), dass Verdauen etwas anderes war als ein interner Kochprozess, wie es die Humoralpathologie behauptet hatte. Verdauung wurde als chemischer Vorgang erkannt, durch den aufgenommene Grundstoffe in den menschlichen Körper eingebaut wurden. Hinzu kamen weitere Entdeckungen, besonders das neue Verständnis des Blutkreislaufes, das William Harvey (1578–1657) 1616 veröf-

fentlicht hatte (Rothschuh 1969: 66–95). Die für die medizinische Heilkunst weiterhin zentralen Kategorien Gesundheit und Krankheit wurden nun in der Fachwelt im Rahmen der sogenannten Iatrochemie interpretiert; darunter verstand man die (später als falsch erkannte) Lehre von spezifischen, nur den menschlichen oder tierischen Organismus betreffenden chemischen Prozessen. Waren diese in der Balance, war der Mensch gesund; war das Gleichgewicht gestört, kam es zu Krankheiten. Damit wird deutlich, dass auch weiterhin das Prinzip des Fließgleichgewichts die medizinischen Grundannahmen prägte (Wear 1995: 215–262).

Eigentlich war bereits damals auch die Lehre von der richtigen Lebensführung in ihren Grundlagen erschüttert. Erstaunlicherweise aber hatte die Iatrochemie nur einen begrenzten Einfluss auf die Ernährungslehre. Nur für wenige Forscher wie Paracelsus oder Johan Baptista van Helmont (1580–1644) verlor die antike Diätetik vollständig an Bedeutung. Sie begründeten medizinische Sichtweisen, die sich ganz auf die heilende Wirkung von Pharmazeutika konzentrierten. Mediziner wie Bernardino Ramazzini (1633–1714) dagegen führten die antike Tradition einfach fort, ohne die neuen Forschungsergebnisse in die Ernährungslehre zu integrieren. Schließlich konnte die Iatrochemie aber auch neuartige Ernährungsempfehlungen anregen: Der Wittenberger Mediziner Michael Sennert (1615–1691) zum Beispiel gelangte zu einer positiven Einschätzung des Verzehrs von Gemüse, Früchten, Milch und Fisch. In Amsterdam entwickelte Steven Blankaart (1650–1702) eine blutverdünnende Diät für den Krankheitsfall. Zu ihr gehörten die lange verpönten Eier sowie drei damals sensationelle Neuerungen: Tee, Schokolade (Ackerknecht 1970: 182f.) und gegen die Jahrhunderte alte Tradition sogar Milch!

Eine besondere Herausforderung ergab sich für die tradierte Nährungslehre durch die Produkte beziehungsweise Verfahrenstechniken aus Übersee, die seit dem 15. Jahrhundert Europa erreichten: etwa Tee, Kaffee, Kakao, Kartoffeln, Mais, Zucker und Branntwein. Über kein Erzeugnis wurde jedoch so intensiv debattiert wie über den Tabak. Dabei spielte von Anfang an die Medizin eine bedeutende Rolle – war sie es doch, und nicht die christlichen Kirchen, die zunehmend darüber entschied, wie ein (neues) Erzeugnis einzustufen war: als Droge, als Genuss- oder sogar als Heilmittel. Kaum eines der genannten Erzeugnisse hatte von Beginn an eine derart positive Resonanz wie der Tabak (Goodman 1993: 85; Hengartner 1996).

In Europa entfalteten sich die Vorstellungen über die heilsamen Wirkungen der Tabakpflanze über Bücher und Drucke. Dies war bereits bei

Autoren wie Giles Everard (1587) und Melchior Sebizius (1589) erkennbar. Gleiches galt für die vielen Ratgeber und Gesundheitsbücher, die sich seit dem frühen 17. Jahrhundert mit dem Wert der neuen Importprodukte aus Übersee befassten, etwa die Veröffentlichungen von John Parkinson (1640), Castoro Durante (1667) oder William Forster (1745). In diesen Ernährungs- und Kräuterbüchern äußerten sich keine Laien, sondern die damalige medizinische und pharmakologische Spitzenforschung: Medizinprofessoren und Leibärzte regierender Monarchen (Menninger 2004: 237ff.; Goodman 1993: 131f.).

Die meisten Autoren gingen in ihren Schriften zweigleisig vor: Zunächst machten sie ihre Leser mit der Herkunft, der Herstellung und der Zubereitung der Übersee-Erzeugnisse vertraut. Erst danach wurde der medizinische Nutzen erörtert. Die zeitgenössische Heilkunde reagierte auf neue Drogen beziehungsweise Genussmittel, bevor diese überhaupt größere Verwendung fanden. Sie trug damit nicht unwesentlich zu deren Einführung und Verbreitung bei. Dies belegt ein weiteres Indiz: Fast alle Autoren empfahlen, die Erzeugnisse so zu verwenden wie es in den Ursprungsländern Brauch war. Tee sollte wie in China mit heißem Wasser aufgebrüht werden, Kakaobohnen waren mit Chili, Vanille und heißem Wasser zu verrühren. Für den Tabak immerhin wurden bereits neue Verwendungsweisen vorgeschlagen: Er konnte in getrockneter beziehungsweise fermentierter Form geraucht werden oder war pulverisiert zu schnupfen. Destillate aus Tabaksaft konnten eingenommen werden, Tabaksaft oder -blätter dienten äußeren Anwendungen (Hoffmann 1745: 372).

Die Mediziner und Botaniker beschränkten sich jedoch nicht auf die reine Wiedergabe dessen, was aus Übersee oft überschwänglich positiv berichtet worden war. Kaffee, Tee, Kakao und ganz besonders Tabak wurden in Experimenten auf ihre Brauchbarkeit hin überprüft. Tabaktinkturen wurden auf die Fähigkeit getestet, Wunden zu heilen oder Schmerzen zu lindern. Daraus leitete man zum Teil euphorische Urteile über den Tabak ab. So galt Tabak in Europa zunächst als Wunder- oder Allheilmittel, dessen Wirkungen zumeist im Sinne der Humoralpathologie interpretiert wurden (Bontekoe 1685: 54ff.). Tabak sollte den Auswurf von Speichel, Nasen- und Lungenschleim anregen und dem Körper als heiße und trockene Substanz unnötiges, kaltes und nasses Phlegma entziehen, eben den Schleim. Aus – richtigen – empirischen Beobachtungen leitete man weiter ab, dass die geistige Aufmerksamkeit erhöht und Hunger und Durst ge-

dämpft wurden. Weiterhin sollte Tabak die Verdauung stimulieren, Parasiten abtöten und damit insgesamt den körperlichen Abfluss verbessern. Er stärke den Stoffwechsel und fördere die Ausscheidung all jener Stoffe, die ein Übermaß an kaltem und nassem Phlegma und damit bestimmte Krankheiten hervorrufen würden: Wassersucht und Menstruationsbeschwerden, Blasen- und Nierensteine, Mundfäule, Zahn- und Kopfschmerzen (ebd.: 45ff.).

Tabak wurde innerlich und äußerlich angewendet. Saft wurde gegen Darmparasiten getrunken, Klistiere bekämpften Verstopfungen, Tinkturen linderten Zahnkrankheiten und -schmerzen. Pasten, Kompressen und Öle beförderten die Heilung von Bisswunden und Verbrennungen, ja selbst von syphilitischen oder malignen Geschwüren und Pestbeulen. Grundsätzlich sollten Personen gleich welchen Alters oder Geschlechts regelmäßig Tabak zu sich nehmen, aber dies in Maßen. Denn durch übermäßigen Genuss kehrten sich die Heil bringenden Wirkungen der neuen Wunderdinge ins Gegenteil um. Maßloser Verzehr von Schokolade verursache Fettleibigkeit und Verstopfung, große Mengen von Tee oder Kaffee trockneten den Körper aus. Besonders schädigend war übermäßiger Tabakgenuss, denn dieser enthielt, wie man bereits ahnte, hoch giftige Substanzen. Zehn bis 30 Pfeifen am Tag konnten zu Schlaganfällen oder zum Tod führen. Tabakrauch sollte man nur im Mund zirkulieren lassen. Zu hoher Gebrauch von Schnupftabak verstopfe die Nase und zerstöre den Geruchssinn, so wurde gewarnt (Thebesius 1751: 32).

Tabak, wie auch Kaffee, Tee oder Schokolade, war daher nur mäßig zu gebrauchen, etwa in der Form von einer oder zwei Pfeifen am Tag. Geraucht werden sollte nach den Mahlzeiten morgens und mittags, um die Verdauung anzuregen. Solche allgemeinen Ratschläge galten jedoch nur für gesunde Durchschnittspersonen. Ansonsten wurde der Konsum auf die traditionsreichen Lehren von den Temperamenten und Umwelteinflüssen bezogen: Tabak war gut für Phlegmatiker, aber nur in Krankheitsfällen für Choleriker und Melancholiker. Letztere Personengruppen hatten ja ohnehin zu viel Hitze im Körper und trockneten durch Tabak, wie durch Tee und Kaffee, nur noch weiter aus. Als gut galt das Rauchen oder Schnupfen eher für Menschen, die von Berufs wegen mit Kälte und Nässe zu tun hatten: vor allem Matrosen und Fischer und überhaupt Personen, die sich oft im Freien und in der Kälte aufhalten mussten, etwa Soldaten, Bauern, Fuhrleute, Metzger, Gerber und Kürschner (ebd.: 41ff.).

Wenn auch die meisten Reaktionen auf die neuen Drogen geradezu euphorisch waren, gab es doch kritische Stimmen. Viele Tabakgegner bezogen sich dabei auf die Schriften von Simon Paulli (1603–1680). Er war eine angesehene Persönlichkeit, Professor für Botanik und Leibarzt des dänischen Königs. Seit 1665 wandte sich Paulli in scharfer Form gegen den um sich greifenden Verbrauch von Tee, Kaffee und Tabak. Sie alle trockneten den Körper aus und würden Magersucht, Unfruchtbarkeit, chronischen Durst und Alkoholsucht erzeugen. Starke Raucher hatten vor ihrem qualvollen Ende an Brustkrankheiten, Delirien und Konvulsionen gelitten. Als sie obduziert wurden, fand man ihre Lungen »black and parched, just as if they had been indurated in Smoke[!]« (Paulli 1746: 26).

Selbst der harmlosere Schnupftabak schädigte die Sinne – Geruchs- und Sehvermögen – sowie das Gehirn. Bei Obduktionen enthaupteter Schnupfer hatte man Teile von deren Gehirn geschwärzt vorgefunden (ebd.: 32). Paulli stütze sich auf Experimente, die unter dem englischen König James I. (1566–1625) im frühen 17. Jahrhundert durchgeführt worden waren. Dieser begründete seine Konsumverbote für die Untertanen ausdrücklich mit den Gesundheitsgefahren. Um einen entsprechenden Nachweis zu erbringen, förderte James I. Studien an der Universität Oxford, in deren Rahmen auch Leichenöffnungen vorgenommen wurden (James I, King of England 1604). Selbst die Tabakenthusiasten griffen diese Forschungsresultate auf; um vor den Folgen übermäßigen Konsums zu warnen. Dabei kolportierte man kuriose Befunde bei starken Rauchern und Schnupfern: Knorpel in der Nase und angrenzende Gehirnteile waren regelrecht verkohlt, ganze Gehirne waren komplett eingeschwärzt oder mit dicken Krusten überzogen, ja sogar auf die Größe von Nüssen zusammengeschrumpft (Thebesius 1751: 31ff.). Zudem zeigten bereits im 18. Jahrhundert erste Studien die tatsächlichen Gefahren von Rauchtabak auf. 1795 erkannte der Mainzer Anatomieprofessor Thomas Soemmering die kanzerogenen Wirkungen des Tabaksaftes. Pfeifenrauchen rief offenbar Lippenkrebs hervor (Schmähl 1988: 85).

Die allmähliche Abkehr von der alteuropäischen Tradition schlug sich im 18. Jahrhundert in vielen Veröffentlichungen nieder. Es wurde versucht, die neuen Produkte und Erkenntnisse publikumswirksam und praxisorientiert zu verbreiten – durch Kochbücher, Arznei- und Kräuterbücher sowie Enzyklopädien. Populär wurden die *Hausväterbücher*, Ratgeber zur Verbesserung der Lebensführung. Zudem vervielfachte sich die Literatur für Ärzte und Apotheker. Die enge Verbindung von Praxis und The-

orie ergab sich aus der *Industrious Revolution*. Mühe und Rationalität wurden als notwendig erachtet, um die Probleme zu bewältigen, denen Europa entgegensah. Dazu gehörte die fortgesetzte Verschlechterung der Ernährungslage immer breiterer Bevölkerungsschichten. Diese Ernährungsforschung war von der Iatrochemie geprägt. Man vermutete die Existenz von Korpuskeln als Energielieferanten für Tiere und Menschen. Konnte man die Bestandteile der Nahrung in reiner Form anbieten, verbesserte sich deren Nutzen. Mittel dazu war das Destillat, wobei die Inhaltsstoffe von Milch, Wurst und Gewürzen besonders interessierten (Teucke 1996: 13ff.). Dieser Ansatz war jedoch grundverkehrt, und zudem gab es kaum Kontinuität in der damaligen Forschungspraxis. Viele Entdeckungen schon des 17. Jahrhunderts, wie etwa die Isolierung von Milchzucker, gerieten wieder in Vergessenheit. Dauerhaft wurden Erkenntnisse der Ernährungsforschung erst seit etwa 1800 überliefert. Erst in den Jahren 1780 bis 1785 gelang es Carl Wilhelm Scheele (1742–1786) Milch-, Zitronen- und Apfelsäure nachzuweisen. 1789 stellte Antoine des Fourcroy (1755–1809) mit den Eiweißstoffen eine neue Körperklasse auf. Die Erforschung der Fette begann erst mit den Arbeiten von Michel Eugène Chevreuil (1786–1889) (ebd.: 27–88).

Die bis dahin unternommenen Studien hatten gleichwohl Konsequenzen für die Ernährung. Denn sie fokussierten sich nicht auf die Grundlagenforschung, sondern versuchten die Alltagskost in zweierlei Hinsicht zu verbessern – in Bezug auf Frische und Nährwert. Erstere spielte bei Frischfleisch, Milch und Eiern eine wichtige Rolle. Dabei zeigte sich in der Hausväterliteratur die allmähliche Abkehr von magischen Praktiken. Anfangs wurde noch empfohlen, Weihrauch oder Johanniskraut zum Räuchern der Lebensmittel zu verwenden. Bis etwa 1800 waren solche Methoden durch Erhitzen, Kühlen und Verschließen ersetzt worden. Zudem rückte die Nahrhaftigkeit seit etwa 1700 als qualitative Kategorie in den Vordergrund, vielleicht eine Reaktion auf die sich zuspitzende Krise. Die Idee von der frischen und nahrhaften Kost entfernte die Ernährungslehren weiter von der Humoralpathologie. Deren wichtigstes Prinzip war eher die Verdaubarkeit gewesen. Der Übergang zu einer Nahrung, die sättigte und Kraft spendete, lässt sich in der Hausväterliteratur an der Bewertung vieler Lebensmittel nachweisen.

Im 18. Jahrhundert fanden sich in den Hausbüchern oft praktische Tipps, mit denen der Nährwert erhalten werden sollte. Gebratenes Fleisch hatte saftig zu bleiben, sollte es nahrhaft sein. Kochtöpfe waren beim Ko-

chen zu verschließen, um ein Verfliegen des Nährwertes zu unterbinden. Häufig allerdings stammten die Ratschläge gar nicht aus der Naturforschung. Es war vielmehr der gesunde Menschenverstand, der allmählich Oberhand über die tradierten Vorstellungen gewann. Ein prominenter Reformer war der Schweizer Samuel-Auguste-André-David Tissot (1728–1797), der im Jahre 1761 das verbreitetste medizinische Volksbuch seiner Zeit veröffentlichte. Dies ging mit einer regelrechten Revolution der Ernährungslehre einher: Tissot hatte keine Einwände mehr gegen den Verzehr von Früchten, Wasser, Fisch, Gemüse und Milch.

Die Iatrochemie ebnete jedoch nicht nur der Veränderung der Alltagskost den Weg; sie eröffnete auch eine neuartige wissenschaftliche Debatte. In ihr ging es um die Frage, ob die den Menschen betreffenden chemischen Prozesse eine eigenständige Qualität besäßen oder ob für den menschlichen Körper dieselben Gesetze wie in der übrigen Natur gälten. Die erste Vorstellung führte zum Vitalismus, die zweite These wurde im 17. und 18. Jahrhundert stark von René Descartes (1596–1650) beeinflusst (Eckart 2000: 197). Descartes sah den Menschen vorwiegend als eine Maschine an und wandte sich bereits 1648 in der *Beschreibung des menschlichen Körpers* (Descartes 1969) strikt gegen animistische oder organische Vorstellungen. Die Thesen Descartes beeinflussten die biomechanischen Modelle, die erheblich zum tatsächlichen Verständnis des Organismus beitrugen. Außerdem veränderte die Iatrochemie die Nosologie: Die Idee der Ausgewogenheit beziehungsweise Störung des Flusses der Körpersäfte wurde abgelöst durch die Vorstellung vom Funktionieren beziehungsweise von Funktionsstörungen der Körpermechanik. Der medizinische Fortschritt des 19. Jahrhunderts baute ganz auf diesem mechanistischen Bild des Organischen auf.

Aber die Iatrochemiker konnten nicht erklären, was die *Maschine Mensch* überhaupt antrieb. Diese Erklärung lieferte der Vitalismus, eine Lehre, die als Grundlage alles Lebendigen ein Lebenskraft genanntes Prinzip annahm. Der Vitalismus war eng mit der Schule von Montpellier verbunden. Dort hatte sich der Arzt und Enzyklopädist Paul-Joseph Barthez (1734–1806) gegen den Kartesianismus gewandt. Barthez widersetzte sich mit seinem *principe vital* der kartesianischen Idee, nach der der Organismus aus einzelnen, im Prinzip unabhängigen Funktionseinheiten besteht. Er betonte das Ganzheitliche der Vorgänge in Seele und Körper. Durch die Enzyklopädisten gefördert, verbreitete sich der Vitalismus, beeinflusst durch den Arzt Marie François Xavier Bichat (1771–1802), über Europa. Er erhielt wich-

tige Impulse aus der philosophischen Zivilisationskritik, die Jean-Jacques Rousseau (1712–1778) vertrat. Sein Hauptanliegen war es, den sich selbst entfremdeten Menschen wieder zu einer natürlichen Lebensweise zu verhelfen. Durch Analogieschlüsse zwischen Naturzuständen und der richtigen Lebensweise sollte der Mensch durch ein »Zurück zur Natur« wieder gesunden. Nicht nur das Individuum, sondern die gesamte Gesellschaft sollte so in ihre natürliche Ordnung zurückfinden. Innerhalb derer könnte der gesundete Mensch dann seine wahre Natur entfalten – körperlich, geistig und sozial.

Aus der Naturphilosophie von Rousseau ergaben sich Rückkopplungen in die medizinische Heilkunst. Denn die Idee von der Heilung des Menschen durch die Natur fand zeitgleich enormen Anklang. Die Versuche, über wissenschaftliche Methoden Fortschritte im Verständnis der menschlichen Physiologie zu erreichen, traten somit wieder in den Hintergrund. Sie wurden ersetzt durch diverse, apriorische Behauptungen eines heilenden Wertes, der Wasser oder Luft oder gewissen Ernährungsweisen zugeschrieben wurde. Vitalismus und Naturphilosophie bewirkten so eine Konjunktur scheinbar – naturgemäßer Therapieansätze, und dies besonders im deutschen Sprachraum. Eine hohe Bedeutung kam Christoph Wilhelm Hufeland zu. Aus der *Lebenskraft* entwickelte er ein umfassendes Konzept vom menschlichen Körper und dessen Krankheiten. Zentral war dabei, dass er wieder die Lebensweise und die Ernährung in den Mittelpunkt stellte. Seine Heilkunst verband die Humoralpathologie mit dem »Zurück zur Natur« Rousseaus.

Schon in seinen frühen Schriften hatte Hufeland diätetische Empfehlungen mit medizinischen Ratschlägen verbunden. Eine unreine Haut zum Beispiel war nach seiner Ansicht Folge einer beeinträchtigten Verdauung. Sie wiederum war auf den Genuss von Tee, Kaffee, Schokolade oder Backwaren zurückzuführen. Daraus entwickelte Hufeland eine Pathologie, die sich mit Entstehungsart, Wesen und Ursachen der Krankheiten befasste (Hufeland 1796: 2). Ausgangspunkt seiner Heilkunde war die Verbindung der Lebenskraft mit der Fähigkeit zur Reizverarbeitung. Das *principe vitale* bestand gerade darin, dass der menschliche Körper Eindrücke als Reize wahrnahm. Auf Letztere reagierte dann der Körper nach eigenen Regeln, eben denen der Reizverarbeitung durch die Lebenskraft. Aus der individuell höchst unterschiedlichen Reizverarbeitung ergab sich eine Vielzahl von Krankheits- oder Gesundheitsbildern. Hufeland erkannte zudem Einflussgrößen an, die aus der hippokratischen Diätetik stammten – etwa Luft,

Seelenzustand, Lebensart oder Temperament (ebd.: 113–139). Hufeland ging es aber um mehr als allein um eine Neubegründung der medizinischen Heilkunst durch die Rückbesinnung auf die Humoralpathologie. Er forderte, die verschiedenen therapeutischen und diätetischen Ansätze unter das Primat eines Ziels zu stellen: die Kunst, das menschliche Leben durch eine Wissenschaft von der Gesunderhaltung zu verlängern. Letztere nannte er erstmals 1797 Makrobiotik (Hufeland 1797).

Hufeland hat dies in späteren Schriften, etwa im *System der praktischen Heilkunde* (Hufeland 1800-1805), weiter systematisiert. Dabei handelte es sich um Regeln für ein gesundes Maß im Verhalten für die Bereiche Schlaf, Bewegung, Essen, Trinken, Seelenleben, Ehestand und so weiter. Solche Ratschläge fasste Hufeland zu vier Prinzipien der Lebensverlängerung zusammen: Stärkung der Lebenskraft durch einfache Lebensweise, natürliche Reizung der Organe, Maßhalten bei allen Aktivitäten und schließlich Restauration, also Wiederherstellung der Lebenskraft durch Stoffe, die der Körper benötigte. Restauration war so ein zentrales Prinzip für eine gesunde Ernährung durch Rückgriff auf natürliche, einfache Speisen und reines Wasser sowie Verzicht auf Unmäßigkeit, raffinierte Kochkunst und Alkohol. Konzentrierte und stark verarbeitete Nahrung, etwa Kraftbrühen oder Essenzen, sollten ganz vermieden werden. Wichtig war eine Kost nach Lebensphase oder körperlicher Belastung. Säuglinge waren zu stillen, eine möglichst vegetarische Diät war vorteilhaft, Zucker sollte Zahnkrankheiten erzeugen, und Heißhunger galt als Zeichen tatsächlichen Bedarfs (Hufeland 1837).

Selbst für einzelne Lebensmittel gab Hufeland Ratschläge. Demnach erreichten Menschen das höchste Alter, wenn sie sich wie die Schweizer Bergbewohner von Milch, Käse und Brot ernährten. Cholerische Menschen sollten möglichst auf Fleischnahrung verzichten. Besonders detailreich ging Hufeland vor, wenn er Vorschläge für Produktgruppen, Persönlichkeitstypen oder Zubereitungen unterbreitete (Hufeland 1797). Das Fleisch junger Tiere sei besser als das der alten; Eier, Milch und Butter seien vortreffliche Nahrungsmittel. Saftige Vegetabilien wie Gemüse und Obst seien vorteilhaft, besonders Trauben, Zwetschgen und Äpfel. Lebensmittel sollten generell gekocht, Fleisch am besten gebraten oder gebacken verspeist werden. Trotz aller kritischen Einwände, die heute aufgrund der Naturwissenschaften möglich sind, vertrat Christoph Wilhelm Hufeland gleichwohl einen fortschrittlichen Ansatz: Er versuchte, traditionelle Erkenntnisse der Heilkunst mit damals neuen Resultaten der Forschung zu

verbinden. So entstand eine Heil- als Lebenskunst, die ein wichtiges, zeitgenössisches Problem der Medizin anging. Zwar hatten sich seit Paracelsus die Kenntnisse der medizinischen Physiologie erhöht, für die Behandlung von Krankheiten sollten sich allerdings erst deutlich nach 1850 praktische Auswirkungen ergeben.

Zwischen 1700 und 1850 nahm daher vorrangig nicht die akademische Medizin, sondern eher die Natur- und Volksheilkunde Aufschwung. Besonders einflussreich wurde die Hydropathie. Den Grund dafür bildeten die Defizite der akademischen Medizin: Während die theoretischen Erkenntnisse, die Iatrochemie und Iatromechanik beförderten, stetig zunahmen, griffen die praktisch tätigen Mediziner weiterhin auf Therapien zurück, die oft noch aus der Antike stammten. Diese Kuren waren für die Patienten häufig qualvoll. Sie hatten zum Ziel, Krankheiten, die ja Reinigungsprozesse waren, durch belastende Gaben von Arsen und Quecksilber oder durch Abführmittel und Ausbrennen zu unterstützen. Die Hydropathie als Naturverfahren war demgegenüber eine sanfte Heilkunde; sie war bestrebt, den gesunden Fluss der Körpersäfte durch kaltes oder warmes Wasser wiederherzustellen. Dies verband sich allerdings mit heute geradezu grotesk anmutenden Heilsversprechen (Donegan 1986; Cayleff 1987).

Dem deutschen Sprachraum kam dabei eine Pionierstellung zu. Frühe Propagandisten der Hydrotherapie waren Siegmund Hahn (1662–1742) und dessen Sohn Johann Siegmund (1696–1773) (Hahn 1738). Sie begründeten eine Traditionslinie in der Hydropathie, die im 19. Jahrhundert international viel beachtete Vertreter wie Vinzenz Prießnitz, Johannes Schroth, Theodor Hahn und Louis Kuhne hervorbrachte. Die Wasserheilkunde wurde schon frühzeitig mit der Ernährungsreform verbunden. Eine veränderte Kost sollte entweder den Heilerfolg der Wasserkuren verbessern oder generell, auch außerhalb der Kuranstalten, präventiv wirken. Vinzenz Prießnitz (1799–1851) gab allgemeine Regeln für die Ernährung vor – man sollte auf warme Speisen zu Frühstück und Abendessen verzichten, möglichst einfache Speisen essen und Alkohol vermeiden (Melzer 2003: 65f.). Sein Schulkamerad Johannes Schroth (1798–1856) entwickelte eine weiterreichende Diätetik für seine Kurgäste. Sie kombinierte die reinigende Kraft des Wassers mit einer ebenso wirkenden Ernährung. Die Patienten von Schroth hatten sich über vier Tage hinweg nur von altbackenen Semmeln zu ernähren und mussten möglichst ganz auf Flüssigkeit verzichten. Außerdem vertrat Schroth für Heilzwecke die vegetarische Ernährung.

Dies leitet zu Theodor Hahn (1824–1883) über, bei dem sich der therapeutische Ansatz ganz von der Wasserkur zur Diätetik verlagerte. Hahn, ein ausgebildeter Apotheker, war ursprünglich ein Anhänger seines Vetters Johann Heinrich Rausse gewesen (Rausse 1851–1852). Im Jahre 1864 erwarb Hahn seine eigene Therapieanstalt *Auf der Waid* bei Sankt Gallen. Damals begann er, ein eigenes Therapiekonzept zu vertreten. Es beruhte auf der systematischen Abkehr von jenen äußeren Heilmethoden, welche sowohl Schulmedizin als auch Naturheilkunde bis dahin bevorzugt hatten. Theodor Hahn orientierte sich an der Heilung des Menschen aus dem Inneren heraus – durch eine *naturgemäße* Ernährung mit dem Wundermittel Vollkornbrot. Daneben empfahl Hahn Milch sowie rohes Obst und Gemüse als Basis für eine Ernährung, die nicht nur gesund hielt, sondern sogar Krankheiten kurieren konnte; er warnte dagegen vor Gekochtem und generell vor Fleisch (Hahn 1871: 166ff.; dies war im Wesentlichen eine Übersetzung von Alcott 1838).

Diese Lebens- und Naturheilkunde gelangte mit den Einwanderern in die USA. Besonders die Wasserkur sollte sich dort als Zentrum für diverse Heilansätze etablieren. Die Wasserkur war schon durch ein Buch eines schottischen Privatgelehrten, Sir John Sinclair (1754–1835), populär geworden. In seinem *The Code of Health and Longevity* gab Sinclair in vier Bänden umfassende gesundheitliche und medizinische Ratschläge und listete beinahe 2.000 Bücher mit Gesundheitsthemen auf (Sinclair 1807). Sinclair war es, der Samuel Thomson (1769–1843), dem ersten für die Naturheilkunde wichtigen Amerikaner, den Weg ebnete. Die Innovation von Thomson bestand in der Ersetzung von anorganischen durch organische Substanzen in der Heilbehandlung. Thomson sollte in den USA bis zum Sezessionskrieg mehr als 100.000 Bücher verkaufen; rund drei Millionen Menschen hingen damals seinen Lehren an. Es gab über 100 medizinische Lehranstalten, die sich auf seine Lehre beriefen. Die Lehren Thomsons schlugen alles andere als sanfte Heilmethoden vor; vielleicht waren sie gerade deshalb so populär. Sie hatten drastische Nebenwirkungen zu Folge, die man damals zumindest in den USA von einer guten und erfolgreichen Therapie offenbar erwartete (Cayleff 1987: 11–12).

In den 1840er Jahren verbreiteten sich die Lehren von Prießnitz in den USA – religiöse Kreise und entsprechend motivierte Reformer griffen seine Wasserkur begeistert auf (ebd.: 24ff.; Donegan 1986: 19–38). Als Begründer der Hydrotherapie in den USA galt allerdings Russell Thatcher Trall (1812–1877). Auch Sylvester Graham (1794–1851) begann seine

Laufbahn zunächst als moralischer Enthusiast, der sich der körperlichen Reinheit des Menschen verpflichtet fühlte. Dazu gehörten für ihn regelmäßiges Waschen, Mäßigung beim Alkoholkonsum, Keuschheit und vegetarische Ernährung (Graham 1834). Graham war der erste Hygieneapostel, der in den USA konsequent den Weg von der Hygiene- zur Ernährungsfrage ging. 1837 gründete er ein eigenes Ernährungs-Journal, das *Graham Journal of Health and Longevity*. In seinem späteren Klassiker *Lectures on the Science of Human Life* verlangte Graham die Einhaltung der folgenden Regeln: häufiges Baden, frische Luft, regelmäßigen Sport, vegetarische Kost, Reformkleidung, Sonnenbäder und Sexualhygiene (Graham 1839). Im Jahre 1829 erfand er das Graham-Brot. Das Rezept erschien allerdings erstmals 1855, bezeichnenderweise in *The New Hydropathic Cookbook*. Das Brot wurde aus nicht gesiebtem Mehl gebacken und war frei von Additiven, wie zum Beispiel Alaun oder Chlor. An der Person von Graham wird deutlich, welche Rolle die Wasserkur für Naturheiler, Lebensreformer und Emanzipationsbewegungen spielte.

Eine Schülerin von Graham war Paulina Kellogg Wright Davis (1813–1876). Sie bekämpfte die Sklaverei, setzte sich für das Frauenwahlrecht ein, forderte die weibliche Universitätsausbildung und propagierte wie Nichols ein neues Verhältnis der Frauen zu ihrem Körper durch Hygiene, Geburtenkontrolle und Reformkleidung. Bezeichnend für Reformer wie Graham oder Davis war eine kritische Distanz zur Schulmedizin, welche die Laienbewegung des 19. Jahrhunderts nicht nur in den USA teilte (Cayleff 1987: 13).

Als Hydrotherapeut war auch William Andrus Alcott (1798–1859) tätig. Alcott predigte wie Graham körperliche und moralische Erlösung durch Wasserkur und streng vegetarische Ernährung (Alcott 1838). Tabak, Tee und Kaffee waren ebenso wie Alkohol zu vermeiden. Im Jahre 1837 gründete er die *American Physiological Society*, die erste physiologische Gesellschaft der Welt, und 1850 wurde er Gründungspräsident der *American Vegetarian Society* (Alcott 1836; Alcott 1844).

Die Verbindung von Wasserkur und Ernährungsreform gipfelte in den USA schließlich im Wirken von John Harvey Kellogg (1852–1943). Kellogg wuchs in Battle Creek, Michigan, auf, studierte Medizin und übernahm nach dem Studium ein Sanatorium in seiner Heimatstadt. Es war bereits vor dem Beginn seiner Tätigkeit nach den Regeln der *Siebenten-Tags-Adventisten* geführt worden. Prinzipien waren strenge Bibelgläubigkeit und adventistische Erlösungslehre. Im Battle Creek Sanatorium hieß dies: ve-

getarische Ernährung, kein Alkohol oder Tabak, dafür körperliche Übungen, Lichtbäder und Wasserkuren (Schwarz 2006). Das Sanatorium in Battle Creek war von Ellen White gegründet worden, einer Adventistin, die glaubte, ihre Diätpläne unmittelbar von Gott erhalten zu haben. Vielleicht gingen sie aber auch auf Ernährungsempfehlungen von William S. Graham oder Larken Coles zurück, die seit den 1830er Jahren in religiösen Kreisen weit verbreitet waren (Wirz 1993: 152–162). Kellogg versuchte sicherzustellen, dass der Verdauungsapparat seiner Kurgäste stets mit Wasser gefüllt war. Es wurden sozusagen *von oben* große Trinkmengen verordnet und *von unten* wurde durch Darmspülungen nachgeholfen. Dazu hatte Kellogg eine Maschine zur Verabreichung von Einläufen entwickelt, die mehrere Liter Wasser innerhalb kurzer Zeit in den Darm einbringen konnte. Auf jede Darmspülung folgte eine Joghurt-Therapie. Die Hälfte des Joghurts wurde gegessen, die andere Hälfte anal verabreicht. Kellogg glaubte daran, dass sich Gesundheit eines Patienten über die Darmflora entschied. Pathogene Bakterien produzierten während der Verdauung von Proteinen Giftstoffe. Dadurch würden andere Körperteile mit vergiftet. Um eine gesunde Darmflora zu gewährleisten, sollten die Patienten Darmspülungen erhalten und heilende Lebensmittel zu sich nehmen. Vor allem war die Ernährung zu verändern. Diese sollte möglichst vegetarisch und gering an Proteinen sein sowie zahlreiche Ballaststoffe enthalten (Kellogg 1921).

Es fällt auf, wie wenig bisher von den Naturwissenschaften die Rede war. Bis in die 1920er Jahre hinein spielten solche Ansätze in den Ernährungslehren und selbst in der Krankenkost nur eine untergeordnete Rolle. Dies lag zunächst an der seit dem 18. Jahrhundert immer stärker werdenden Skepsis gegenüber den überkommenen Lehren, hatte aber zugleich ambivalente Folgen für medizinische Praxis und Prävention. Die Diätetik wurde seit etwa 1800 von der Schulmedizin für viele Jahrzehnte vernachlässigt. Dieses Defizit wirkte sich in mehrfacher Hinsicht aus: Die Schulmedizin befasste sich entweder gar nicht mehr mit Ernährungsfragen oder sie kolportierte einfach die alten Lehren weiter. Immer noch wurden Eidechsen gegen Krebs oder Eigelb bei Gelbsucht verordnet. Noch im medizinischen Kochbuch von Josef Wiel aus dem Jahre 1871 galten Gemüse als schädlich und Salz als Ursache für Skorbut (Wiel 1871). So öffnete sich ein breites Tätigkeitsfeld für Ernährungsreformer, die nicht aus der Schulmedizin stammten. Deren Seriosität war durchaus mit Berechtigung umstritten.

Die modernen Ansätze in Physik, Chemie und Biologie hatten überhaupt erst ihren Durchbruch nach 1840. Erst jetzt trat die organische Chemie in den Vordergrund und löste die Physik als Paradigma der Medizin und Biologie ab. Dies hatte langfristig enorme Auswirkungen auf Ernährungsforschung und -lehre, vor allem jedoch auf die Erzeugung von Lebensmitteln, worauf noch eingegangen wird. Ausgangspunkt für diese Veränderungen waren Studien zum Stoffwechsel, genauer Analysen des menschlichen Urins. Johann Florian Heller (1813–1871) fand im Jahre 1844 Untersuchungsmethoden, mit denen im Urin Zucker und Eiweiß nachweisbar wurden. Auch bei den Stoffwechselbilanzen von Max Josef von Pettenkofer (1818–1901) und beim Bence-Jones-Protein, benannt nach dem englischen Physiologen Henry Bence Jones (1813–1873), ging es um Substanzen im Urin. Die Idee, den Stoffwechsel von Eiweiß durch die Bestimmung des Stickstoffgehaltes im Urin nachzuweisen, stammte von Justus von Liebig (1803–1873). Sein Freund Friedrich Wöhler (1800–1882) synthetisierte im Jahre 1828 den Harnstoff. Damit war bereits ein uralter Glaubenssatz widerlegt – dass die Vorgänge in Organismen nur dort gültigen Gesetzen unterlägen.

Das neue Verständnis vom *Stoffwechsel* als zentralem Vorgang bei der Ernährung war vom französischen Chemiker Antoine-Laurent Lavoisier (1743–1794) ausgegangen. Er hatte erkannt: Atmung bestand aus Aufnahme von Sauerstoff und Abgabe von Kohlendioxid. Seitdem waren Körperaktivitäten messbar geworden und konnten in Kalorien quantifiziert werden. Für die Ernährungslehre bedeutsam war zudem die Beschreibung der grundlegenden Nährstoffe. Schon 1827 hatte der englische Arzt und Chemiker William Prout (1785–1850) die Substanzen in Lebensmitteln als Albumine, Öle und Saccharine klassifiziert. Gottlieb Sigismund Constantin Kirchhoff (1764–1833) gelang 1812 die Herstellung von Traubenzucker aus Stärke, Carl Ernst Schmidt (1822–1894) entdeckte 1844 den Blutzucker und Claude Bernard (1813–1878) arbeitete nach 1856 erfolgreich über das Glykogen und den Zuckerstoffwechsel. Michel Eugène Chevreuil (1786–1889) fand 1814 heraus, dass sich Fette aus Fettsäuren und Glycerin zusammensetzten. Die Proteine schließlich wurden durch Gerardus Johannes Mulder (1802-1880) beschrieben.

Der einflussreichste Ernährungsforscher des 19. Jahrhunderts war Justus von Liebig. Seine Leistung bestand darin, aus den bis dahin fragmentarischen Forschungsergebnissen eine schlüssige Ernährungslehre zu schaffen. Liebig teilte die Nährstoffe in zwei Gruppen. Die plastischen Nah-

rungsmittel besaßen eine eiweißartige Kernsubstanz, das Protein. Proteine bildeten die Substanz für Gewebe und Körperorgane und lieferten die Kraft für die Muskelarbeit. Fette und Kohlenhydrate waren Respirationsmittel. Nach Liebig oxidierte der mit der Atmung aufgenommene Sauerstoff diese Substanzen und erzeugte Wärme (Liebig 1842). Allerdings führte sein Einfluss auch zu Irrwegen, etwa bei der Bewertung der Proteine. Denn Liebig sah in den Fetten und Kohlenhydraten nur Lieferanten von Wärme, während allein Eiweiß Muskelarbeit ermögliche. Diese *Eiweißlehre* trug später zu den viel zu hohen Tagesdosen an tierischem Protein bei, die von Ernährungslehren empfohlen wurden. Die Forschungen zum Stoffwechsel führte Max von Pettenkofer zusammen mit Carl von Voit (1831–1908) auf einen hohen Stand. Voit gelang es, mithilfe der Respirationskammer die Bedeutung einzelner Nährstoffe für die Ernährung genauer zu bestimmen. Zudem erweiterte Voit durch die damals üblichen, grausamen Fütterungsversuche, etwa an Hunden, die auf Liebig zurückgehende Unterteilung der Nährstoffe in organische und anorganische (Voit 1881). Besonders in den USA wurden die Lehren und Methoden von Voit aufgegriffen, etwa durch Wilbur Olin Atwater und Russell Henry Chittenden (1856–1943). Ein Schüler Voits, Max Rubner (1854–1932), entdeckte die Proportionalität des Stoffwechsels zur Oberfläche des Körpers. Gleichfalls revolutionär waren die Erkenntnisse des Pariser Physiologen Claude Bernard (1813–1878). Er entdeckte die Funktion von Bauchspeicheldrüse und Leber für den Verdauungsprozess. Seitdem war der Stoffwechsel zugleich als Abbau von Grundstoffen wie als Aufbau von körpereigenen Substanzen erkannt. Die Ideen der Humoralpathologen und Vitalisten waren endgültig widerlegt (Ackerknecht/Murken 1992: 114ff.).

Die wichtigsten Exponenten der Ernährungswissenschaft waren im späten 19. Jahrhundert Carl von Voit, Jacob Moleschott (1822–1893), Max von Pettenkofer, Gerardus Johannes Mulder (1802–1880) und Max Rubner. Von den genannten Autoren stammten eine Fülle von bahnbrechenden empirischen Untersuchungen und Vorschläge zur Reform der Ernährung (Moleschott 1858; Voit 1877; Voit 1881; Mulder 1856; Mulder 1858). Diese Forscher trugen ihre Ergebnisse aktiv als neuartige, sozialpolitisch aufgefasste Ernährungslehren in die Öffentlichkeit. Zum einen verbreitete sich daher allmählich eine moderne, auf wissenschaftlichen Prinzipien beruhende Diätetik an den Universitäten. Zum anderen richtete sich die sogenannte 48er-Generation volkspädagogisch aus. Eine wichtige Konsequenz aus der Eiweißlehre war die Entdeckung, dass breite Bevölke-

rungsschichten in Mitteleuropa katastrophal unterversorgt schienen. Bauern, Handwerker und Dienstboten mussten sich mit Kohlenhydraten (Kartoffeln und Brot) vollstopfen und tranken zu wenig. Ihre Fleischrationen waren vollkommen ungenügend. Schon 1847 forderte der Holländer Gerardus Johannes Mulder die Aufklärung des Volkes über die gesunde Ernährung nach dem neuesten Stand der Forschung (Mulder 1847: 60–78).

1858 erschien die publikumswirksame Ernährungslehre von Jacob Moleschott bereits in der dritten Auflage. Sie war zugleich ein Manifest des aufkommenden Naturalismus und erklärte die Beschaffenheit des menschlichen Stoffwechsels als maßgeblichen Faktor für geistige Leistungen (Moleschott 1858: 2). Der entscheidende Fachbegriff war der des Stoffwechsels Dieser wurde nun chemisch beziehungsweise physiologisch erklärt und als Prozess der Verarbeitung, Einlagerung und Ausscheidung aufgenommener Stoffe aufgefasst. Moleschott zeigte einer breiten Leserschaft die Mechanismen und Folgen des Stoffwechsels an drei Gruppen von Lebensmitteln auf: Speisen, Getränke und Würzen, also etwa Essig, Zucker und Gewürzen. Daraus ergab sich die gesunde Mischkost aus pflanzlichen und tierischen Bestandteilen. Sie sollte Frühstück, Mittagsmahl und Abendessen bestimmen und stets Besonderheiten für Kinder, Männer, Greise, Frauen, Handwerker, Künstler und Gelehrte mit berücksichtigen.

Die neuartige Rationalität der Ernährungslehre, die hinter der Zerlegung der Lebensmittel in Komponenten wie Eiweiß, Fett und Kohlenhydrate stand, hatte eine weitere Konsequenz. Sie verdrängte einen ganzen Kosmos an traditionellen Regeln und Bedeutungen, die bis dahin mit dem Essen verbunden waren. Ernährung war von Traditionen geprägt gewesen: Philosophische Systeme, Gesundheitslehren und die christliche Religion mit ihren Fastengeboten hatten wesentlich mitbestimmt, was die Menschen zumindest in guten Zeiten aßen. Nun nahmen neue Faktoren, besonders die sogenannte bürgerliche Küche und die Industrialisierung, Einfluss auf die Debatte um die dem Menschen angemessene Kost.

2. Ernährungskrise, Überfluss und bürgerliche Kochkunst

Seit dem Aufbruch der Europäer zur Weltwirtschaft im 16. Jahrhundert waren vor allem vier Entwicklungen bedeutsam: Es wurden neue Erzeugnisse in den Massenverbrauch eingeführt wie Kartoffeln, Branntwein, Tee, Kaffee und Tabak. Die vormoderne Kost war durch große soziale Unterschiede, regionale Einflüsse, religiöse Traditionen und den Stadt-Land-Gegensatz beeinflusst. Zudem setzte sich bei den Oberschichten über die entstehenden Nationen hinweg eine normierte Hochküche durch, die französische, adelige beziehungsweise später bürgerliche Kost(Lesniczak 2003, Spiekermann 1997). Dagegen verschlechterte sich die Massenernährung vom Spätmittelalter bis zur Französischen Revolution stetig – eine wichtige Ausnahme waren dabei die USA. Sie entwickelten sich seit dem 18. Jahrhundert zu einem Land des Überflusses und waren daher als Modell für die Zukunft so einflussreich.

Zunächst zu Deutschland: Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts prägten soziale und regionale Faktoren das Bild der Ernährung im alten Europa. Der enorme Unterschied zwischen Herrenspeise und Volkskost hatte sich im 16. Jahrhundert herausgebildet. Beim Fleischkonsum bedeutete dies, dass Herrenspeisen aus besseren Fleischstücken oder -sorten bestanden, die im Idealfall gebraten wurden. Volkskost war dagegen gekochtes Pökel- oder Rauchfleisch. In den folgenden 300 Jahren sollte sich der Abstand zwischen beiden Ernährungsweisen erhöhen. Hatten sich um 1500 selbst die Armen zumeist noch Fleisch, Brot und Gemüse leisten können, so verschlechterte sich die Lage der Unterschicht bis in die frühindustrielle Zeit immer weiter. Die Paupers um 1830 überlebten durch eine Kost aus Kartoffeln, Schwarzbrot, Kaffee und Branntwein, mehr nicht. Die Verschlechterung der Ernährung war mit der Einführung von häufig aus Übersee stammenden Lebensmitteln einhergegangen. Auch die Ernährungskultur verarmte zeitgleich. Bis um 1850 reduzierte sich der Aufwand, den sich einfache Haushalte für die Selbstversorgung leisten konnten. Die

allgemeine Verarmung auf dem Land schränkte die Möglichkeit ein, gehaltvolle Lebensmittel selbst herzustellen und zu konservieren. Die eigene Erzeugung von Käse, Brot, Salz- oder Rauchfleisch, ja selbst das Kochen wurde für die Masse immer schwieriger (Teucke 1996: 96ff.)

In größeren Städten war bei der Unterschicht das Essen außer Haus im frühen 19. Jahrhundert fast der Normalfall. Dem diente ein ambulantes Gewerbe zum Verkauf von Kleinmahlzeiten. In Königsberg wurden die Arbeiter durch Fleckkocherinnen versorgt, Frauen, die Gerichte aus Kutteln, Kartoffeln und Kräutern verkauften (Rosenkranz 1842: 229ff.). Auf den Märkten gab es Imbissstände mit Sauermilch, außerdem Heringe, Bratfisch, Speck, Wurst, Käse und Brot. Aber auch im übrigen Königsberg existierten kleine Boutiquen, die Lebensmittel zum Verzehr auf der Straße veräußerten, so Backwaren, Obst, Gebratenes, Bier und Schnaps. Sozial besser Gestellte aßen nach Möglichkeit zu Hause. In einer norddeutschen Großstadt wie Hamburg verspeisten die Wohlhabenden große Mengen von (fettem) Schlachtfleisch, Gepökeltem, Würsten, Kohl und Kartoffeln. Geschätzt wurden regionale Gemüse, die für die arme Stadtbevölkerung unerschwinglich waren: Spargel, Bohnen, Erbsen und Spinat. Das Obst der Gegend um Hamburg galt als minderwertig. Nach Möglichkeit bevorzugte man Trockenobst aus Süddeutschland. Allerdings war selbst die Kost der reichen Stadtbürger verglichen mit dem Luxus des Hochadels schlicht. Raffinierte Zubereitungen waren weitgehend unbekannt. Soziale Differenzen drückten sich in teuren Importwaren aus: In Hamburg waren dies Weintrauben und Apfelsinen vom Mittelmeer. Zudem hatten die vornehmen Hamburger eine Vorliebe für Speiseeis.

Die Kost der Mittelschichten in den Städten Norddeutschlands war nach Möglichkeit vor allem reichhaltig und fett. Bremer Handwerksmeister nahmen täglich fünf Mahlzeiten zu sich. Zum ersten Frühstück gab es Kaffee und gebuttertes Schwarzbrot. Zum zweiten Frühstück verspeiste man wiederum Schwarzbrot, nun häufig mit einer Wurst- oder Speckbeilage, oft magenverträglich gemacht durch einen Kornbranntwein. Mittags gab es Fleisch, bevorzugt Pökelfleisch vom Ochsen, fast immer mit Kartoffeln und Gemüse als Beilage. Dazu trank man Bier. Nachmittags nahm man einen weiteren Kaffee ein. Das Abendessen mit Bier- oder Milchsuppe, Käse und Brot beschloss den Tag schon um sieben Uhr (Heineken 1836: 51ff.).

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts galt die Versorgung der niederen Volksklassen in Norddeutschland generell als unzureichend. Dies

wurde oft damit in Verbindung gebracht, dass die Armen weite Teile ihres Einkommens für Branntwein ausgaben. Besonders die Kinder der Plebs hatten darunter zu leiden: Denn um den exzessiven Verbrauch der Eltern zu kompensieren, wurden sie angeblich mit Ersatzkaffee, Schwarzbrot und Kartoffeln abgespeist (Heineken 1836: 72). Wahrscheinlich war es aber nicht Alkoholismus, sondern wirtschaftliche Not, die keine wertvolleren Lebensmittel erlaubte. Drei Punkte fallen dabei besonders ins Gewicht: Eine Diät, die sich fast ganz auf Kartoffeln und Schwarzbrot beschränkte, garantierte nur noch das Überleben, mehr nicht. Zudem fällt der hohe Konsum von Genussmitteln auf, besonders von Ersatzkaffee und Branntwein. Schließlich war die Ernährung der städtischen Plebs trotz aller Kargheit nicht traditionell: Drei ihrer Grundbestandteile waren erst im 18. Jahrhundert in den Massenkonsum eingeführt worden, nämlich Kaffee, Branntwein und Kartoffeln. Die Ernährungsweise der Paupers war offenbar die Folge einer tiefen sozialen Krise.

Ähnliches galt für die Kost auf dem Lande. Die Erzeugung auf einem Bauernhof war von Klima, Niederschlägen, Höhenlage und Bodenqualität abhängig. Dies und die Betriebsgröße unterschieden arme und reiche Bauern in Bezug auf Alltags- und Festtagskost. Dazu ein Beispiel aus Ostfriesland: Für die Bauern auf der Geest gab es morgens und abends Buttermilchbrei mit Roggen- oder Buchweizenmehl, im Winter auch Kartoffeln, mitunter Butter. Zu Mittag speiste man Gemüse wie Kartoffeln, Rüben und Kohl sowie Buchweizenpfannkuchen. Fleisch und Speck gab es keineswegs täglich. Je nach Region trank man Surrogat-Kaffee oder Tee. Für die armen Geestbauern bestand ein Festessen aus Würsten, Speck, Fleisch und großen Mengen von Warmbier. Die wohlhabenden Marschbauern aßen zu den Hauptmahlzeiten die für Norddeutschland typischen Eintöpfe aus Gemüse oder Hülsenfrüchten und größere Mengen von Fleisch. Morgens, zum zweiten Frühstück und abends waren gebutterte Brote verbreitet. Getrunken wurde zumeist Kaffee. An Festtagen wurde der Fleischkonsum dann intensiviert und Hochprozentiges getrunken. Auch auf dem Lande prägten in Norddeutschland die sozialen Faktoren die Ernährung.

Norddeutschland war durch wenige Großstädte in fast rein agrarischem Umland geprägt. Im Süden dominierten dagegen die Klein- und Mittelstädte; die große Ausnahme bildete Wien. Weder die sozialen Differenzen noch der Stadt-Land-Gegensatz waren im Süden so ausgeprägt wie in Norddeutschland. Dies hatte einen großen Einfluss auf die Ernährung. Die wichtigsten Trennungslinien waren in Süddeutschland die Unterschiede

zwischen den Stadt- und Landarmen einerseits und der übrigen Bevölkerung andererseits. Zudem war Süddeutschland in seiner Kost stärker regional differenziert. In Stuttgart lebten die Paupers vorwiegend von Brot, als Getränke dienten Obstmost, Ersatzkaffee und Branntwein. Wohlhabendere tranken Wein, echten Bohnenkaffee und Hochprozentiges besserer Qualität. Die Alltagskost der Mittel- und Oberschichten Stuttgarts bestand aus Brotsuppen, Klößen, Spätzle und Gemüse. Besonders häufig wurde Sauerkraut verspeist. Fleisch wurde in Stuttgart, wie in Süddeutschland überhaupt, selbst bei den Wohlhabenden viel seltener als im Norden Deutschlands gegessen (Wiegelmann 1972: 254f.). In München spielten soziale Unterschiede bei der Ernährung eine noch geringere Rolle. Kartoffeln hatten in der Alltagskost keine Bedeutung, wichtig waren dagegen Knödel und Brot. Man aß nur zweimal täglich, ungefähr um elf Uhr morgens und um sechs Uhr abends. Verspeist wurden je nach Einkommen Brot, Mehlspeisen, Gemüse, Rind- oder Kalbfleisch. Dazu trank man Bier, aber keinen Branntwein. Nur in der Münchner Oberschicht waren Genussmittel wie Schokolade oder Kaffee verbreitet (ebd.: 256f.). Im ländlichen Süddeutschland waren soziale Unterschiede und der Stadt-Land-Gegensatz ebenfalls längst nicht so bedeutend wie in Norddeutschland. In Württemberg lebten Städter wie Landbevölkerung vorwiegend von Mehlspeisen: Morgens gab es Brei, mittags wiederum Mehlspeisen oder gekochte Kartoffeln, abends Mehlspeisen, Kartoffeln oder Brotsuppen. Je nach Einkommenslage kamen dann, besonders bei der Hauptmahlzeit mittags, Gemüse, Fleisch, Obst und Salat hinzu. Eine Umstellung und Angleichung an die Verhältnisse in Norddeutschland vollzog sich nicht vor dem Ende des 19. Jahrhunderts. Erst dann hielten Frühstück und Abendbrot sowie eine mittägliche Hauptmahlzeit mit Fleisch und Kartoffeln auch in Bayern Einzug.

In den späteren USA war die Kost dagegen regional und sozial homogener. Dies lag zum einen an der Dominanz der britischen Küche; zum anderen war die amerikanische Ernährung reichhaltiger und nach den Standards der Zeit viel besser als die beinahe aller Europäer. Zwar hatte es um 1783 schon Unterschiede zu den Gewohnheiten auf den britischen Inseln gegeben – Amerikaner aßen mehr Mais, Schweinefleisch und Süßes als ihre europäischen Verwandten, und sie tranken eher Whiskey und Cider als Ale und Tee (Levenstein 1988: 3; Hooker 1981: 94–126). Insgesamt aber blieben die Kolonisten in ihrer Ernährung dem britischen Beispiel verpflichtet. Dies erstaunt angesichts der Tatsache, dass sich Flora und

Fauna der nördlichen und mittleren Kolonien und erst recht die des subtropischen Südens deutlich von dem unterschieden, was das Klima Großbritanniens hervorbringen konnte. Indianische und afrikanische Einflüsse blieben bedeutungslos, und die nicht-britischen Zuwanderer kamen ebenfalls aus dem nordwesteuropäischen Raum. Allein die Süddeutschen bewirkten eine leichte Veränderung der Kochkunst (Kiple 2007: 203–213).

In Nordamerika wurde zumeist Schweinefleisch verzehrt, und das in für europäische Verhältnisse riesigen Mengen. Daneben kannte die frühe US-Küche Getreiderezepte als Magenfüller – Brot und Getreide aus Weizen, Roggen oder Hafer. Typisch für die britische Kochtradition wurden Getreide und Fleisch zu Pies oder Puddings verarbeitet. Der Verbrauch von Obst und Gemüse war begrenzt. Man aß Kartoffeln, Kohl, Erbsen, Bohnen, Rüben und Zwiebeln. Blattsalat angemacht mit Essig und Öl galt in der Oberschicht als Delikatesse. Als Obst kannte man fast nur den Apfel – ihm wurde ein hoher gesundheitlicher Wert zugeschrieben (Williams 1985: 113). Die Kost war bis zum Sezessionskrieg von einer heute kaum nachzuvollziehenden Schwere und Eintönigkeit. Fettes Schweinefleisch wurde in großen Stücken über dem Feuer gegrillt (damals in Deutschland kaum verbreitet) oder gekocht. Gemüse wurde stundenlang in Kesseln zerkocht, um angeblich giftige Bestandteile zu vernichten. Dann wurde das Gemüse zu Brei zerstampft und mit Schmalz oder Butter versetzt. Auch beim Würzen blieb der amerikanische Geschmack dem britischen treu: Bis zur Jahrhundertwende bestimmte Salz die Geschmäcker, hinzu kamen kleinere Mengen von Pfeffer, Nelken, Zimt und Muskat. Seit 1750 verbreitete sich immerhin in Nordamerika eine kulinarische Umwälzung, die ebenfalls von Großbritannien ausging – Süßspeisen, eine Folge der sinkenden Zuckerpreise. Pudding, ursprünglich ein salziges Hauptgericht, wandelte sich in ein Dessert, hinzu kamen weitere Süßspeisen wie Kuchen und Cremes.

Amerikanische Soldaten, die im Unabhängigkeitskrieg kämpften, waren deutlich größer als ihre Gegner aus Europa. Dies hing zum Teil mit dem exorbitanten Fleischverbrauch zusammen. Ein Besucher aus Frankreich schätzte um 1793, dass die Amerikaner siebenmal mehr Fleisch als Brot verzehrten – für das damalige Europa waren dies unvorstellbare Mengen (Kiple 2007: 197). Denn insgesamt unterschied sich die amerikanische von der nordwesteuropäischen Küche zunächst hauptsächlich in der Großzügigkeit und Reichhaltigkeit der angebotenen Mahlzeiten. Besonders europäische Beobachter waren erstaunt über die Fülle dessen, was bereits zum

Frühstück verspeist wurde (Hamilton 1833: 24). Schon seit den 1840er Jahren gab es in den Hotels Essen nach dem *American Plan*, riesige Büfetts, bei denen die Kundschaft so viel verspeiste, wie sie gerade eben vermochte. Die Tendenz zur Gourmandise setzte sich in der zweiten Jahrhunderthälfte fort, als die besseren Restaurants das Essen à la carte ermöglichten. Europäische Kritiker erregten sich über Hotelgäste, die aus einem Speisenangebot von 50 oder mehr Gerichten wahllos das bis zu Vierfache dessen bestellten, was sie überhaupt verspeisten. Große Mengen landeten so im Abfall. Seit den späten 1870er Jahren verbreitete sich langsam eine kritische Haltung gegenüber Völlerei und Verschwendung. Kritiker beklagten die Differenzen zwischen gutem Angebot und niedrigem Preis der Lebensmittel auf der einen und miserabler Zubereitung auf der anderen Seite. Und die Stille, die in den Restaurants vorherrschte, verwies auf eine weitere angeblich nationale Eigenschaft: »Gobble, gulp and go.«

Zwischen 1820 und 1880 veränderte sich in den USA und in Deutschland die Massenernährung. Zunächst zur Lage in Nordamerika. Nach dem Sezessionskrieg erhöhten sich die Ansprüche der städtischen Mittel- und Oberschichten (Batterberry/Batterberry 1999: 27–109). Dagegen verschlechterte sich der Standard in der Unterschicht auf dem Land, besonders bei den befreiten Sklaven, und in den Städten: Nach 1840 strömten Millionen von mangelernährten Iren in die USA; sie bildeten die Basis für ein neuartiges städtisches Proletariat. Die ersten Untersuchungen über dessen Kost entstanden nach 1870. Sie zeigten eine einseitige Ernährung auf: Die Plebs in Massachusetts lebte von Schweinefleisch, Kartoffeln und Kohl. Mit Abstand wichtigstes nicht-alkoholisches Getränk war Kaffee. Hohes Ansehen genossen Süßspeisen und Rindfleisch, letzteres kam allerdings nur selten auf den Tisch (Modell 1874). Dennoch verfügten selbst die meisten Unterschichtfamilien in den USA über disponierbares Einkommen. Eine 1884 bei Arbeiterfamilien in Illinois durchgeführte Studie zeigte, wie groß daraus entstehende Unterschiede selbst zwischen Familien mit demselben Hintergrund, hier Skandinavier, sein konnten: Die jährlichen Ausgaben für die Ernährung schwankten zwischen 30 und 60 Prozent je Familienbudget. Dahinter verbarg sich oft die Bedeutung der Selbstversorgung: Die Familien hielten Vieh oder Geflügel oder besaßen Gemüsegärten (Levenstein 1988: 24).

Die Unterschiede von Familie zu Familie verweisen auf einen für die USA bedeutsamen Tatbestand: Insgesamt war die Sozialstruktur viel zu komplex, als dass von einer einheitlichen Arbeiterschaft ausgegangen wer-

den konnte. Gut verdienende Facharbeiter konnten sich einigen Aufwand für Lebensmittel erlauben, während sich die Masse immerhin nach den Standards der Zeit ausreichend verpflegte. Nur etwa 20 Prozent der Bevölkerung lebten in den Städten unterhalb dieses Niveaus. Allerdings gingen auch die kulinarischen Neuerungen zunächst an der Masse der Arbeiter vorbei: Die Arbeiterfrauen kochten in schlecht ausgestatteten Küchen über offenem Feuer, wenn sie nicht ganz auf das Angebot angewiesen waren, das Metzger, Bäcker oder Billigküchen zur Verfügung stellten. Selbst die ärmeren Arbeiter konnten sich in den Erntezeiten jedoch frisches Obst und Gemüse leisten. Von dieser Kost unterschied sich schon um 1880 die Ernährung der besser verdienenden Arbeiter deutlich: In ihren Wohnungen standen bereits eiserne Sparherde. Man begann in Dosen Konserviertes wie Fisch, Gemüse und Früchte zu verbrauchen. Da sich nach 1880 die Einkommen der qualifizierten Arbeiter weiter erhöhten, stieg auch der Konsum von wertvollen Produkten an. Man fragte nun verstärkt Eier, Butter und Geflügel nach. Die meisten Amerikaner wussten genau, dass sie besser lebten als ihre Vorfahren oder Verwandten, die vom Lande beziehungsweise aus Nord- oder Mitteleuropa stammten. So verbreitete sich die Überzeugung, von den Segnungen der *Cornutopia* zu profitieren.

Um 1880 lebte die Masse der Landbevölkerung wahrscheinlich unter jenen Standards, welche selbst die städtische Unterschicht erreichte. Die Berichte über die Küche des tiefen Südens beklagten eine extrem einseitige Ernährung. Kleine und mittlere Farmer, also die Mehrheit der Weißen, lebten von Speck, Maisbrot und Kaffee. Ähnlich war die Esskultur der Schwarzen: Schweinefleisch, Mais und Gartengemüse in der heißen Jahreszeit; Schweinefleisch, Mais und Süßkartoffeln in der kühlen. Die Befreiung von der Sklaverei hatte 1865 die Ernährung der schwarzen Südstaatler noch verschlechtert. Schwarze wechselten das von ihnen bebaute Land zu häufig, als dass sie Gartengemüse anbauen konnten. Sie bearbeiten als *sharecropper* Ackerflächen, die ein weißer Eigentümer zur Verfügung stellte. Mitunter verhinderten die Eigentümer gewaltsam die Haltung selbst kleiner Viehbestände durch die Pächter, da dies eine wichtige Einnahmequelle gefährdete. Denn die Pächter waren vertraglich gezwungen, im Austausch gegen die abgelieferte Baumwolle bei den Landeigentümern Weizen- oder Maismehl zu erwerben. Der Boden war durch die damalige Verfahrenstechnik seiner Nährstoffe beraubt – ein Grund für eine im Süden grassierende Mangelerkrankung, die Pellagra. Ländliche Armut und Unterernährung waren aber keineswegs auf die Südstaaten beschränkt. Ähnlich war

die Lage in weiten Teilen des Südwestens und in den Prärieregebieten. Es herrschte eine monotone Kost vor: Zum Frühstück Speckscheiben mit Maisbrot, zu Mittag und abends dann Schweinefleisch mit Maisbrei und Kohl (Jones 1985: 83ff.).

Die Ernährung der Landbevölkerung im Nordosten, Mittleren Westen und Westen der USA war besser als die im Süden. Die (fast ausschließlich) weißen Farmer in Massachusetts, Illinois oder Oregon konnten Milchkühe und Geflügel für den Eigenbedarf halten und Gemüse anbauen. Um 1880 verbreiteten sich unter den Wohlhabenden industriell verarbeitete Lebensmittel, so Obst- und Gemüsekonserven und Kekse. Gleichwohl bestimmten auch im Norden um 1880 noch Jahreszeiten, persönliche Lebensverhältnisse und eigene Erzeugung die Ernährung. In der Zeit von Ernte und Schlachtung waren die Tische oft reichhaltig gedeckt, aber für den Rest des Jahres lebte man auf dem Lande von dem, was vom Spätwinter bis zur nächsten Ernte konserviert werden konnte. Was es außerhalb der Ernte- und Schlachtzeit zu essen gab, hing daher von den Fähigkeiten der Farmerfrauen ab. Über Früchte und Gemüse konnte man nur dann verfügen, wenn die Hausfrauen diese rechtzeitig konserviert hatten.

Zwischen den 1820er und 1880er Jahren wandelte sich auch im deutschsprachigen Raum die Ernährung. Die wichtigste Veränderung war die endgültige Durchsetzung eines Trends, der schon im 18. Jahrhundert eingesetzt hatte: Neue Produkte und Zubereitungen wie Kaffee, Tee, gebutterte Brote, Kartoffeln und Branntwein breiteten sich aus (Teuteberg 1975). Außerdem verbesserte sich die Ernährungslage, besonders nach 1860. In einer Stadt wie Kassel änderte sich die Standardkost der bürgerlichen Schichten zwischen 1825 und 1885 zwar nur geringfügig. Aber allmählich kam eine bessere Auswahl auf, etwa durch Neuheiten wie Fleischextrakt und Südfrüchte. Es gab weitere Verbesserungen – in bürgerlichen Kreisen genoss man feinere Backwaren, erste Delikatessenläden für Wild oder Fisch wurden eröffnet. Nach 1880 veränderte sich die Beschaffung der Nahrung. Das Bürgertum ging von der Selbst- zur Fremdversorgung über. Tierhaltung und Gartenbau waren seitdem nur noch für die Unterschicht bedeutsam; für die Arbeiter in den Vorstädten etwa, die Hühner- und Kaninchen hielten und, wenn immer möglich, Gartenbau betrieben. Damit verrieten sie aber gleichzeitig ihre Herkunft vom Lande. Denn der Gegensatz zwischen Stadt und Land begann, seit den 1880er Jahren bei der Ernährung auch in Deutschland die sozialen Faktoren zu überlagern.

Bis in das letzte Drittel des 19. Jahrhunderts waren die Unterschiede in der Ernährung klassenbedingt gewesen, in Norddeutschland stärker als im Süden. Wohlhabende Städter und Landwirte (beide zum Teil mit adligem Hintergrund) hatten die beste Kost, die städtischen Unterschichten die schlechteste. Auf Letztere konnte die Masse der Landbevölkerung nur herabsehen. Dieses Grundmuster wurde nun davon abgelöst, ob man Lebensmittel eher selbst herstellte und konservierte oder ob man diese eher käuflich erwarb. Die Alternative, Selbst- oder Fremdversorgung, hatte tiefe Auswirkungen auf die Gestaltung der Speisepläne. Eigenversorgung setzte eine vorausschauende Vorratshaltung (und den Platz dafür) voraus. Es stand nur eine geringe Auswahl an Speisen zur Verfügung, der Küchenzettel war monoton. Die Eigenversorgung erhielt daher das Image zurückgeblieben zu sein. Selbst hergestellte Lebensmittel wurden mit der bäuerlichen Welt verbunden. Dagegen erschien die städtische Kost als dem modernen Leben angemessen. Bei Besuchen auf dem Lande zeigte man als Stadtbewohner der Verwandtschaft, wozu die Stadtkultur fähig war: Sie bot Dosenfleisch und tropische Aromen aller Art. Dies trug viel zur Faszination der Großstadt in der Hochindustrialisierung bei. Die Arbeiterschaft profitierte ebenfalls von der Ernährungsrevolution. Bis etwa 1850 hatten die Paupers von Ersatzkaffee, Brot, Kartoffeln und Branntwein gelebt. Um 1900 konsumierten Arbeiter Wurst, Käse, Schweinefleisch, Gemüse, Butter, Priemtabak, Zigarren und Bier (Bromme 1904: 104ff.).

Das heißt nicht, dass sich nicht auch die Ernährung auf dem Lande veränderte. Besonders die Unterschichten konnten ihre Alltagskost nach Menge, Wert und Abwechslung enorm verbessern. Vor dem Ausbruch des Ersten Weltkrieges gab es in durchschnittlichen bäuerlichen Haushalten zum ersten Frühstück Milch- oder Mehlsuppen und zum zweiten Frühstück Brot mit Mettwürsten oder Speck, im Winter mit Leberwurst, Sülze oder gekochten Eiern. Mittags aß man etwa in Westfalen den traditionellen Gemüseeintopf, inzwischen aber mit Fleischeinlage. Abends wurde oft das gesessen, was vom Mittag übrig geblieben war, oder andere Speisen, die ebenfalls Reste verwerteten wie Milch- oder Brotsuppen. Auf dem Lande blieben Spezialitäten bedeutsam, im Rheinland etwa wandelten sich Apfel- oder Möhrenkraut zu süßen Brotaufstrichen. Verglichen mit dem Essen in den Jahrzehnten zuvor war diese Kost geradezu luxuriös.

Das Stichwort Luxus ermöglicht es, zu einer Paradoxie der Ernährungsgeschichte Europas überzuleiten. Dort hatte sich die Ernährung der Massen bis zu einem Tiefpunkt um etwa 1800 stetig verschlechtert. Gleich-

zeitig entfaltete sich von Frankreich ausgehend kulinarischer Luxus (Camporesi 1992). Er stand in einem scharfen Gegensatz zu den auch durch Hungerkrisen ausgelösten Revolutionen, die sich nach 1770 zutrugen. Parallel zur Verschlechterung der Massenernährung veredelten sich Kost und Tischsitten, vorangetrieben vom Hochadel. Während einer schweren Ernährungskrise wurde der Essluxus durch die Oberschicht demonstrativ zur Schau gestellt. Das höfische Festmahl wandelte sich zu einem hochrangigen Ereignis mit Verhaltensregeln und Speisefolgen. Der höfische Luxus erforderte fortlaufende Innovationen: Neue Produkte und Zubereitungsformen wurden eingeführt, etwa Pasteten und gekühlte Limonaden. Diese Neuerungen verbreiteten sich durch die französische Adelskultur über ganz Europa. Nach der Revolution von 1789 drang diese Esskultur in bürgerliche Kreise vor. Vorangetrieben wurde dies durch ein neues Massenmedium, die Kochbücher. Sie versuchten, die höfische Kochpraxis im verkleinerten Maßstab auf die bürgerlichen Haushalte zu übertragen. Außerdem wurden Traditionen der jeweiligen Regionalküchen eingebracht. So entstand die bürgerliche Küche (Verk 1995).

Sie war in Deutschland zunächst nur für eine kleine Minderheit erschwinglich. Erst als sich in Folge der Industrialisierung Realeinkommen und Produkte allmählich verbesserten, drang sie in immer weitere Kreise vor. So erhöhte sich die Zahl der (besseren) Restaurants in den Großstädten. In einer Stadt wie Berlin nahmen die Gaststätten von 395 (1836) über 6.271 (1890) auf 14.060 (1930) zu. Selbst wenn man das Bevölkerungswachstum bedenkt, war dies eine erhebliche Steigerung. Zudem entstanden vor 1914 Luxusrestaurants wie der Frankfurter Hof in Frankfurt am Main, die im Durchschnitt acht- bis neungängige Menüs anboten (Drummer 1997). Schließlich drang die bürgerliche Küche über die Kochbücher in die Haushalte vor. Bereits um die Jahrhundertwende hatte die *Gute Kost* die Arbeiterschaft erreicht (Thoms 1993). Musterbeispiel dafür war das *Praktische Kochbuch* von Henriette Davidis (1801-1876), das auch nach ihrem Tod immer wieder aufgelegt wurde, 1904 bereits in der 41. Auflage. Damals beruhte der von Davidis begründete Kochstandard noch immer auf französischen Ursprüngen: Es war von Crèmes, Chauds Froids, Cornichons und Compote die Rede. Der Schwerpunkt der Rezepte lag auf den Fleisch- und Süßspeisen. Angesehen waren Rind-, Kalbfleisch und Geflügel. Ein umfangreiches Kapitel befasste sich mit den Nachspeisen und dem Backen. Damit wurde den Vorlieben der Leserinnen entsprochen, und darin spiegelte sich die Alltagskost. Salate, Gartengemüse und unverarbeitete Früchte

spielten kaum eine Rolle. Die Menüvorschläge für gesellige Ereignisse waren noch saisonal ausgerichtet. Im Juli sah ein typisches Menü für ein Gesellschaftsessen vor:

»Hamburger Aalsuppe; Käsesoufflee; Filetbraten vom Hecht; Kalbsrücken mit Gemüse; Wildfrikandeaus in Madeirasauce; Kalbskopf mit französischer Sauce; junge Gans, Gurkensalat; Verschiedene Eis; Haferröhrchen; Punschtorte; Nachtisch.« (Holle 1904: 787)

Festessen und Alltagsküche waren sogar in dieser verfeinerten Form schwer und füllig. Nach Davidis zu kochen hieß, Kalorienbomben wie Gänse, Enten oder Mettwürste zu verzehren, oder an sich leichtere Lebensmittel wie Spargel oder Fisch durch Soßen mit Speck, Mehl oder Schmalz zu schweren Gerichten zu machen. Salate galten dagegen nur als Beilage zu Fleisch und Früchte nicht als Lebens-, sondern Genussmittel. Immerhin: Die Küchenreform, die mit dem Barock ihren Anfang genommen hatte, verlor ihre soziale Exklusivität und wurde zum Massenphänomen. Seit etwa 1900 kamen Kochbücher für bestimmte Lebensstile und persönliche Präferenzen auf, für Rohkost- und Reformnahrung, für berufstätige Hausfrauen, Junggesellen und Kinder und für Liebhaber ausländischer Kost (Verk 1995; Ehlert 1997). Bis zum Ersten Weltkrieg verstärkten sich die Bemühungen um die häusliche Ernährung, was in der Veränderung des Hausfrauenideals zum Ausdruck kam. Es wurde Leitbild eines intensiven Lernprozesses: In Volks- und Haushaltsschulen, für Arbeiterfrauen und -mädchen wurde Hauswirtschaftsunterricht abgehalten. Koch- und Haushaltsschulen sollten helfen, die Volksernährung zu verbessern und zugleich Frauen ihrer vermeintlich natürlichen Bestimmung zuzuführen. Kochbücher verbreiteten das Ideal einer nicht nur beim Kochen und Wirtschaften vorbildlichen Frau. Sie war zuständig für die Wahrung der familiären Intimsphäre, für die gesellschaftliche Integration der Familie und für die Traditionspflege. Der Hausfrau kam eine wichtige Verantwortung für die Volkswirtschaft zu, als Produzentin wie als Verbraucherin. Die tugendhafte Hausfrau war assoziiert mit Sauberkeit, Ordnungsliebe, Sparsamkeit und Fleiß. Die Verbreitung der bürgerlichen Küche trug so zur Vorherrschaft des Hausfrauenideals bei. Ohne Spezialisierung von Familienmitgliedern auf die Hausarbeit war aber damals in der Tat der Aufwand für die Haushaltsführung, besonders für das Essen, weder zu bewältigen noch zu finanzieren (Wiedemann 1993: 49–135; Verk 1995; Schlegel-Matthies 1995: 79–132).

In den 1880er Jahren vollzog sich in den USA ein ähnlicher Wandel, der durch die zeitgleichen Veränderungen in Großbritannien beeinflusst war: Auch die amerikanische Oberschicht entdeckte die französische Kochkunst. Sezessionskrieg und Hochindustrialisierung hatten viele Amerikaner wohlhabend gemacht. Dies erzeugte ein Bedürfnis nach sozialer Distinktion. Die französische Kochkunst war bereits vor dem Sezessionskrieg in Nordamerika bekannt gewesen. Wichtige Zentren waren New Orleans, in das um 1800 viele Meisterköche ausgewandert waren, und New York. Dort existierte seit 1832 mit *Delmonico's Restaurant* eine kulinarische Institution. Allerdings prägte die französische Küche die amerikanische Kost nicht so entscheidend wie die deutsche. Dies lag an einer politisch motivierten Ablehnung. Im nachrevolutionären Amerika wurde das Kochen *à la mode* sogar tagespolitisch instrumentalisiert, so wie bei der Präsidentenwahl 1840. Damals reichte es aus, dass der Amtsinhaber Martin van Buren einen französischen Koch in das Weiße Haus berufen hatte, um ihn seitdem als Aristokraten gelten zu lassen, der die Monarchie wiedererrichten wollte (Colson 1877: 3). Die amerikanische Ernährung wurde als Ausdrucksform einer egalitären und demokratischen Kultur verstanden, die in Gegensatz zum aristokratischen Lebensstil Europas stand. Selbst Deutschland hatte eine raffiniertere Esskultur. Die besser Gestellten orientierten sich an der bürgerlichen Kost, und an den Fürstenhöfen wurde ohnehin französisch diniert (Batterberry/Batterberry 1999: 110–195).

Wegen der Vorbehalte gegen die europäische Adelskultur begann sich die US-Oberschicht erst nach 1880 am Vorbild Paris zu orientierten. Dies betraf nicht nur die Esskultur, sondern die gesamte elegante Lebensführung. Vielleicht trug dazu der Wandel Frankreichs zu einer Republik bei. In den USA verschoben sich in wenigen Jahren die kulinarischen Akzente: Seitdem zeichneten sich die Festmähler – zunächst der Oberschicht – durch große Portionen und raffinierte Zubereitungen zugleich aus. Charles Ranhofer hat ein Festessen überliefert, das 1880 in New York im *Delmonico's* veranstaltet worden war: Austern, zwei Suppen, Hors d'oeuvre, Fischgang, Lammsattel, Rinderfilet, dann Vorspeisen, also Hähnchenflügel mit grünen Erbsen und Lammkotelett mit Bohnen und Artischocken, Sorbet, Bratengänge, also Enten und Wachteln, verschiedene Süßspeisen und Kuchen sowie eine Auswahl von Likören (Ranhofer 1920: 1106).

Wahrscheinlich wurde bei solchen Gelagen alles Angebotene tatsächlich verspeist. Dafür sprach auch die Korpulenz jener vor allem männlichen Personen, die auf Fotografien als Teilnehmer auszumachen waren.

Frauen waren weniger korpulent als Männer. Dies lag am viktorianischen Verhaltenskodex – weibliche Personen hatten Ausschweifungen zu vermeiden. Gleichwohl waren auch die Frauen aus der Oberschicht füllig und mit gutem Appetit ausgestattet. Denn Wohlbeleibtheit war um 1880 noch hoch angesehen. Um soziale Abgrenzung zu erreichen, genügte es der Oberschicht aber nach dem Sezessionskrieg nicht mehr, sich allein Körperfülle anzuessen und riesige Mengen zu verspeisen. Es kam nun weniger darauf an wie viel, als vielmehr was man aß. Die üppige französische Hochküche war für derartige soziale Bedürfnisse geradezu ideal (Hooker 1981: 252–271). Frankophile Restaurants waren dort anzutreffen, wo sich der Reichtum versammelte: in den Metropolen der Ostküste und den Goldgräberstädten. Die französische Küche hatte in den USA jedoch eine Grenze – das reichhaltige Frühstück. Statt Croissants und Milchkaffee boten selbst die Spitzenhotels Beefsteak, Hühnchen, Speck, Fisch, Leber, Muscheln und Bohnen. Die Oberschicht modifizierte jedoch die Rolle des Frühstücks und verlegte es als Brunch in die Mittagszeit. Dies veränderte schließlich das tradierte Speisesystem. Hatte man ursprünglich am frühen Nachmittag die Hauptmahlzeit eingenommen, so verschob sie sich nun auf den späten Abend (Sherwood 1892: 365).

Die Veränderungen der Esskultur – man kommt nicht umhin, den Begriff Edelfresswelle zu verwenden – fanden aufmerksame Beobachter, besonders in Frankreich, von wo sich viele berühmte Köche für astronomische Gehälter in die Neue Welt verpflichteten. Der kulinarische Luxus bewirkte in den USA eine hohe Nachfrage nach qualifiziertem Dienstpersonal, die oft in Frankreich und Großbritannien gedeckt wurde. Die Notwendigkeit von Dienstboten schränkte die Mittelschichten darin ein, einen Essluxus nach ihren Möglichkeiten zu betreiben. Dazu war mehr als ein Küchenmädchen oder eine Stubenmagd erforderlich (Wright 1981: 111). Nach 1880 sollten sich hier für die urbane Mittelschicht neue Möglichkeiten ergeben: Es setzte eine Revolution in der Küchentechnik ein. Der eiserne Küchenherd ersetzte das bis dahin zum Kochen und Grillen verwendete offene Feuer. Der Schnellkochherd ermöglichte eine bessere Regulierung der Hitze und erlaubte es, gleichzeitig mehrere Gerichte zuzubereiten. Die industrielle Revolution stellte den Haushalten weitere Neuerungen bereit, so eine Vielzahl von Töpfen und Gerätschaften. Damit bewaffnet versuchten die Hausfrauen aus der Mittelschicht, Familienangehörige und Freunde zu beeindrucken. Zwar wurden noch lange nach 1880 keine französisch inspirierten Gerichte aufgetischt, aber als (finanzieller)

Minimaleinsatz galt ein ordentliches Stück Rindfleisch, das selbst in Amerika einen stolzen Preis hatte. Seit den 1880er Jahren wurden Kochkurse populär und viele Amateurköchinnen ließen sich durch eine wahre Flut von Kochbüchern und Artikeln in Zeitschriften inspirieren.

3. Die Ernährung und die industrielle Revolution

Der Einfluss der industriellen Technik auf die Massenernährung machte sich zuerst beim Alkohol bemerkbar. Er war bis in das 18. Jahrhundert in Europa zugleich Heil-, Genuss- und Lebensmittel gewesen. Als Getränk fehlte Alkohol bei kaum einer Mahlzeit. Ein wichtiger Grund hierfür war die miserable Qualität des Trinkwassers auf dem alten Kontinent. Es wurde entweder nach Möglichkeit ganz durch Bier ersetzt, so vor allem in Nord- und Westeuropa; oder, dies war in Südeuropa der Fall, es wurde durch Zusatz von Wein genießbar gemacht. Der Alkoholverbrauch variierte in Europa regional, sozial und durch Klima und Boden bedingt: Nach dem Ende des Klimaoptimums im Hochmittelalter wurden im deutschsprachigen Raum im Norden eher Bier und Obstmost, im Süden eher Wein getrunken, das prestigereiche Getränk der Oberschichten. Da die Kolonisten in Nordamerika hauptsächlich aus Nordwesteuropa gekommen waren, wurde dort ebenfalls dunkles, stark gemälztes Bier getrunken.

Der Umgang mit dem Alkohol wurde in Europa und Nordamerika durch zwei technische Innovationen verändert. Im 18. Jahrhundert setzte sich ausgehend von Nordamerika die Destillationstechnik durch. Hochprozentiges konnte nun aus beinahe beliebigen Produkten der Landwirtschaft erzeugt werden. Durch die harten Schnäpse erhielt die Alkoholfrage eine Dramatik, die sie bis dahin nicht besessen hatte. In das moralische Erschrecken über Sturztrinken und dessen Folgen mischten sich schon am Ende des 18. Jahrhunderts gesundheitliche Bedenken. Weiterhin entfaltete sich eine moderne Brauindustrie. Bier wurde als gesünderes Erzeugnis dem gefährlichen Schnaps gegenübergestellt.

Die Destillation wurde wahrscheinlich im 12. Jahrhundert von den Arabern übernommen. Von der ersten Anwendung im Hochmittelalter dauerte es aber rund 500 Jahre, bis Spirituosen in Europa in Massen angeboten wurden. Gründe waren die Geheimniskrämerei vieler Destillateure und die Tatsache, dass Spirituosen zunächst aus Wein hergestellt wurden.

Sie waren teuer und für den medizinischen Gebrauch reserviert. Die Ärzteschaft der Frühen Neuzeit sah Spirituosen als Heilmittel an, eine Auffassung, die sich bis in das 20. Jahrhundert erhalten sollte (Tappe 1994: 33ff.). Allerdings verlor die medizinische Nutzung des Branntweins allmählich an Bedeutung; besonders seitdem man verstanden hatte, wie man Hochprozentiges aus Getreide brennen konnte. In den Gebieten nördlich und östlich der Weinbaugrenze wandelte sich der Schnaps in ein populäres Rauschmittel, ob als Wodka, Gin oder Whiskey (Braudel 1985: 254ff.). Alkohol aus Getreide zu gewinnen, war in Europa anders als im durch Überfluss auch an Brotgetreide geprägten Nordamerika jedoch mit einem generellen Einspruch konfrontiert. Getreide war knapp und lebenswichtig. Bis in das 19. Jahrhundert hinein (und dann wieder während der Weltkriege) gab es gesetzliche Einschränkungen, ja Brenn- und Brauverbote.

In der Karibik wurde seit etwa 1640 Rum aus Molasse destilliert, einem Nebenprodukt, das bei der Erzeugung von Rohrzucker anfiel. Der karibische Schnaps war hochprozentig (er hatte im Schnitt über 50 Prozent Alkohol), aber gut verträglich und preiswert. Da ohnehin große Mengen von Melasse nach Nordamerika verschifft wurden, begann dort die Rumproduktion. Hintergrund war der Energie- und Holzreichtum Nordamerikas. Die Melasse wurde in den Hafenstädten der Mittelatlantikkolonien und Neu-Englands zu Rum verarbeitet und in Fässern gefüllt. Die Nachfrage nach Rum führte schon nach 1700 zur Gründung erster Destillerien in Boston und Newport. Nach wenigen Jahren hatten die genannten Städte jeweils über 30 Schnapsbrennereien. Die Massenproduktion erlaubte den Export von Rum nach Europa, zunächst nach Großbritannien und Irland. Dort gab es bereits zwischen 1720 und 1750 eine Ginepidemie. Dabei entwickelte sich die neue Sitte, Rum unverdünnt zu trinken; eine Gewohnheit, welche die Nordamerikaner wiederum übernahmen (Hirschfelder 2000: Bd. 2 309–324; Baumgartner 1998a: 141). Rum aus dem britischen Nordamerika wurde zu einem zentralen Bestandteil des Atlantikhandels. Um 1750 exportierten die Brennereien Neu-Englands jährlich etwa zwei Millionen Liter Hochprozentiges nach Europa (Lender/Martin 1982: 30).

In Nordamerika entwickelte sich eine ausgeprägte Vorliebe für harten Alkohol; dies unterschied die Kolonisten über alle sozialen Schichten hinweg zunehmend von den Europäern. Rum war zwar relativ einfach über den Atlantik zu transportieren, schwieriger war die Versorgung des Hinterlandes der Kolonien. Dort breitete sich nach 1700 die Herstellung von Getreideschnaps aus. Roggen, Gerste oder Mais waren im Überfluss vor-

handen. Aus nur 35 Litern Getreide ließen sich zehn Liter Schnaps gewinnen. Geschmacklich passte sich der Getreidebrand den Vorlieben der irisch-schottischen Einwanderer an. Ende des Jahrhunderts war aus dem Getreideschnaps der amerikanische Whisky geworden. Er setzte sich zwischen 1770 und 1820 gegen den Rum als Spirituose durch.

Ein Grund dafür waren die Störungen des Welthandels und damit einhergehend die Unterbrechung der Melasse-Einfuhr. Die Amerikanische und die Französische Revolution und ihre Folgen unterbrachen den Atlantikhandel für viele Jahre. Mit der Konsolidierung der USA nach den Napoleonischen Kriegen hatten sich die Amerikaner von Rum- zu Whiskytrinkern gewandelt. Schon 1789 war der Bourbon erfunden worden; ein Schnaps mit niedrigem Maisanteil, dunkler Farbe und einem Aroma, das durch die Reifung in Eichenfässern entstand. Wahrscheinlich waren die Jahrzehnte zwischen amerikanischer Unabhängigkeit und Sezessionskrieg dann die Zeit, in der in Nordamerika die größten Mengen von Schnaps pro Kopf verbraucht wurden (Hyman 1980). Zwischen 1800 und 1830 ging der Verbrauch von Obstmost und Bier zwar deutlich von rund 121 auf 102 Litern pro Kopf und Jahr der über 15-jährigen Bevölkerung zurück; dafür trank eine statistische Durchschnittsperson um 1800 rund 27 und um 1830 etwa 36 Liter Schnaps im Jahr. Berücksichtigte man diejenigen, die wenig oder nichts tranken, wie Abstinenzler, Frauen, Alte und Kranke, so konsumierte – auf heutige Trinkstärke umgerechnet – ein durchschnittlicher Amerikaner zwei Flaschen Doppelkorn in der Woche.

Der Schnaps als Massengetränk setzte sich auch im deutschsprachigen Raum durch. Drei wichtige Unterschiede zu Nordamerika gilt es jedoch hervorzuheben: Erstens kam die *Branntwein-Pest* erst – im Vergleich zu den USA – mit rund 50-jähriger Verspätung nach Deutschland; zweitens erreichte der Schnapsverbrauch nie das amerikanische Ausmaß; drittens schließlich blieb ein hoher Verbrauch eine regionale Besonderheit. Bis etwa 1850 wurden im Westen und Südwesten hauptsächlich Wein und Obstmost verbraucht und in Bayern wurde Bier getrunken. Exorbitant war der Schnapskonsum dagegen in Nord- und Ostdeutschland; die wichtigsten Brennereien wie die Masse der Verbraucher waren im nordöstlichen Preußen konzentriert. Spirituosen wurden dort erzeugt und nachgefragt, weil sie das passende Produkt für die nordostdeutsche, verarmte Landbevölkerung waren. Dadurch veränderte sich mittelbar auch das Trinkverhalten in den Städten: Die Landarmen wurden zu Stadtarmen, zu Paupers, und nahmen dabei ihre Trinkgewohnheiten in die Stadt mit.

Nach 1815 setzte in den Zentren des Kartoffelanbaus, besonders im ländlichen, östlichen Preußen, eine Welle von Brennereigründungen ein (Tappe 1994: 42–68). Wegen der Möglichkeit, aus Kartoffeln Sprit herzustellen, entwickelte sich um die Brennereien eine regelrechte Kreislaufwirtschaft. Die Abfallprodukte der Brennereien wurden an das Vieh verfüttert; dessen Dünger verbesserte die Produktivität der Roggen- und Kartoffelfelder. Immerhin verdoppelte sich die Schnapserzeugung in Preußen zwischen 1821 und 1838 – von etwa 56 auf zwischen 110 und 130 Millionen Liter reinen Alkohol im Jahr; 1864 wurden ungefähr 213 Millionen Liter hergestellt. Ein Tiefpunkt war 1847 erreicht, als sich Kartoffelfäule und Wirtschaftskrise gleichzeitig auf Angebot und Nachfrage auswirkten. Zudem hatten die preußischen Behörden zwischen Mai und August als Maßnahme gegen die Hungerkrise ein Brennverbot erlassen. Der größte Teil des Wachstums fiel dann jedoch auf die Zeit nach 1856 (Roberts 1984: 16).

Die These von der *Branntwein-Pest* lässt sich für Preußen eindrucksvoll nachweisen. Allein zwischen 1821 und 1837 hatte sich der Konsum pro Einwohner deutlich erhöht, von 5,7 Liter auf 8,9 Liter reinen Alkohols. Rechnet man den letztgenannten Wert auf den Durchschnitt der über Vierzehnjährigen um, entfielen auf einen Preußen damals jährlich zwölf Liter reinen Alkohols. Dies wäre etwa eine Flasche Doppelkorn in der Woche, immerhin die Hälfte der amerikanischen Trinkmengen. Allerdings betraf die *Branntwein-Pest* nicht alle preußischen Provinzen gleichermaßen: Im Nordosten wurde pro Kopf Schnaps in bis zu dreifacher Menge konsumiert! Spitzenreiter war die Provinz Brandenburg. Dort wurden im Jahr 1841 an Spirituosen 13 Liter reinen Alkohols pro Person und Jahr getrunken, beinahe dreimal soviel wie im Rheinland. Dies war zugleich ein gutes Beispiel für das Gefälle, das sich nach 1820 zwischen Nordost- und Südwestdeutschland herausgebildet hatte. In Baden, Württemberg und Bayern blieb der Schnapsverbrauch marginal (Tappe 1994: 66).

In Preußen blieben die Brennereien gut 30 Jahre, zwischen 1855 und 1887, von Steuererhöhungen verschont. In diesen drei Jahrzehnten sanken die Produktionskosten und die realen Preise für die Verbraucher. Über die pauschale Besteuerung der verwendeten Maische begünstigte die Steuerform von 1855 jene Betriebe, die im deutschen Osten die großagrarische Produktion von Kartoffeln mit der Schnapsbrennerei verbanden. Allerdings geriet die Schnapserzeugung in den 1880er Jahren unter den Druck von noch billigeren Erzeugnissen aus dem Russischen Kaiserreich. Der Export schrumpfte, die Preise verfielen und zwischen den Erzeugern

setzte ein ruinöser Wettbewerb ein. Dies waren die eigentlichen Hintergründe für das Branntweinsteuergesetz vom Juni 1887 (Laves 1887). Das Gesetz wurde zwar umfassend mit Blick auf fiskalische, wirtschaftspolitische, gesundheitliche und ethische Aspekte diskutiert; an einem Rückgang des Konsums in Deutschland konnten aber weder Fiskus noch (ostdeutsche) Landwirtschaft ein wirkliches Interesse haben. Die Branntweinsteuer war vorrangig ein Instrument, mit dem Staatseinnahmen und Strukturen des Brennereigewerbes zugleich gesichert werden sollten (Tappe 1994: 206ff.; gegen Roberts 1984: 77ff.). Die komplizierten Regelungen behoben nicht das Problem der Überproduktion, für die Verbraucher wurde Schnaps deutlich teurer, pauschale Steuerquoten sicherten die Staatseinnahmen und die Existenz der Spirituosenhersteller. Es entstand ein staatlich garantiertes und reguliertes Schnapskartell. Seit der Jahrhundertwende mussten Spirituosen, staatlich gefördert, überwiegend industriell als Brennspiritus verwertet werden. Nachteile hatten auch die Schnapstrinker. Spirituosen waren seit der zweiten Steuererhöhung im Jahre 1909 erheblich teurer geworden (Ehle 1926: 94ff.).

Verkehrsrevolution und industrielle Verfahrenstechnik wirkten sich in Deutschland noch deutlicher bei der Erzeugung von Bier aus. Ausgangspunkt für diese Entwicklung war Bayern, nördlich des Mains befand sich dagegen die Biererzeugung in einer tiefen Krise; gab es lokale Produkte, waren sie fast ungenießbar (Dieterici 1846: 15). Zwar gilt Bier allgemein als urdeutsches Getränk und der Topos von den bierlustigen Germanen wurde Temperenzlern bereits im 19. Jahrhundert entgegengehalten. Tatsächlich jedoch machten die deutschen Brauereien seit der Frühen Neuzeit eine schwere Krise durch (Huntemann 1970: 11ff.). Dies ermöglichte zugleich die Modernisierung eines traditionellen Gewerbes – der Brauwirtschaft. Sie nahm ihren Anfang in Bayern.

Zeitgenossen behaupteten schon um 1760, man könnte nirgendwo sonst derart gut und preiswert Bier trinken wie in Bayern. Dies hing wahrscheinlich zum einen mit der staatlichen Förderung zusammen. 1516 war das inzwischen weltberühmte Reinheitsgebot erlassen worden, und seit 1520 war das Bierbrauen in Bayern ein Regal der Landesherren. Daraus entwickelte sich schon früh eine staatliche Aufsicht über das Brauwesen. Hinzu kam die nicht durch die Reformation unterbrochene Brautradition der Klöster. Zum anderen wurde in Bayern früher als im übrigen Deutschland die untergärige Braumethode angewandt; daher konnte schon im 18. Jahrhundert Bier hergestellt werden, das wesentlich besser haltbar war.

Damit waren bereits vor 1800 die Grundlagen für ein industrielles Brauwesen gelegt, das mit untergärigen Bieren und Massenproduktion nach 1860 den deutschen Markt eroberte. Ausgangspunkt war die Ausdehnung der Gewerbefreiheit auf das Brauwesen, die in Bayern in den 1860er Jahren in mehreren Schritten erfolgte. Seitdem konnte die aus Großbritannien stammende industrialisierte Brautechnik angewandt werden: Thermometer, Saccharometer, neue Verfahren der Malztrocknung und Dampfkraft. Nach Bayern gebracht wurden diese Neuerungen durch eine Gruppe von Handwerksgesellen, die 1832 in Glasgow und Edinburgh die damals modernste Brautechnik studiert hatten. Unter ihnen befand sich Gabriel Sedlmayr, die bedeutendste Persönlichkeit im deutschen Braugewerbe im 19. Jahrhundert. Sedlmayr führte den Dampfbetrieb in die bayrische Brautechnik ein, weitere Innovationen betrafen die Lagerung und Reifung von Bier in Tiefkellern unter Verwendung von Natureis (Struve 1893: 53). Zum Zentrum der bayrischen Brauindustrie entwickelte sich München. Die dortige Brauerschule vermittelte seit den 1830er Jahren die Grundlagen der industrialisierten Verfahren. In Bayern stieg der Bierverbrauch erheblich an. Wurden um 1820 etwa 100 bis 110 Liter Bier pro Kopf und Jahr getrunken, so verdoppelte sich diese Quote bis zum Ende der 1850er Jahre beinahe auf 190 Liter (ebd.: 65). Trotz der frühen Industrialisierung des Münchner Brauwesens wurden von dort bis zur Reichsgründung nur geringe Mengen ausgeführt.

Jene Beliebtheit, die großindustriell erzeugtes Bier in München schon ab 1840 hatte, erlangte das Getränk im übrigen Deutschland erst nach 1871. Und fast kann man den Eindruck gewinnen, als wäre der Anstieg des Bierverbrauchs eine unmittelbare Folge der Reichseinigung gewesen. Ausgehend vom niedrigen Niveau noch des Jahres 1860 stieg zum Beispiel die Produktion in Württemberg um das Dreifache und in Preußen immerhin um 160 Prozent. In den folgenden 20 Jahren erreichte der Ausstoß der Brauereien dann bislang ungeahnte Ausmaße. Um die Jahrhundertwende war der Verbrauch schließlich gesättigt und pendelte sich auf jährlich 67 bis 69 Millionen Hektoliter ein (Hoffmann 1965: 363). Der Grund für die Konjunktur von Bier als Massengetränk war jedoch nicht allein die nationale Euphorie, auch die technischen Möglichkeiten trugen dazu bei. Die neuen Braumethoden hatten sich von München allmählich nach Norden ausgebreitet. Grundlage dafür waren die Vorteile der Untergärung – bessere Lager- und Transportfähigkeit. Der neue Biertyp erforderte ein besser geschultes Personal, denn Untergärung erfolgte bei konstant niedrig ge-

haltenen Brautemperaturen. Als Carl Linde (1842–1934) 1876 die Ammoniak-Kühlmaschine erfand, war die Grundlage für eine industrielle Brautechnik gegeben, die von Jahreszeit und Standort unabhängig wurde.

Weitere Innovationen ergänzten die Kältetechnik, denn die Brautechnik wurde unmittelbar durch die Naturwissenschaften beeinflusst: Fermente, Gärung und Hefen wurden in ihrer Wirkung verstanden. Die Pasteurisierung ermöglichte das Geschäft mit Flaschenbier. Hinzu trat die gewandelte Nachfrage. Dies hing zum einen mit der Agitation der Temperenzler zusammen, zum anderen hatte die Erhöhung des Bierverbrauchs soziale Voraussetzungen. Die Kaufkraft stieg an, die Verbraucherdichte nahm zu und damit verbesserten sich die Absatzchancen von Großbrauereien. Der Bierabsatz erhöhte sich durch die Motorisierung. Schon vor 1914 gingen die Großbrauereien dazu über, ihre Kunden mit dem LKW zu beliefern (Struve 1893: 123ff.).

Die Expansion der Brauwirtschaft ebnete die oben beschriebenen regionalen Unterschiede nicht vollständig ein. Produktion und Verbrauch nahmen dort zu, wo Bier bis dahin ein eher unbedeutendes Getränk gewesen war, in Nord- und Ostdeutschland. Zudem bildeten sich bis 1914 keine nationalen Großbrauereien heraus. Der regionale Charakter der Brauindustrie wirkte sich auf Brauart und Geschmack aus. Dazu trug weiterhin das Geschäft mit dem Flaschenbier bei (Stresemann 1900). Die Bierflasche war die Grundlage für eine weitere Veränderung: die Privatisierung des Verbrauchs. Im Deutschen Kaiserreich bestand so erstmals die Möglichkeit, außerhalb der Öffentlichkeit zu trinken. Dies konnte heimlichen Alkoholismus fördern, aber auch den Verbrauch in gemäßigte Bahnen lenken. Überhaupt nahm der Alkoholverbrauch in Deutschland im europäischen Vergleich nur einen mittleren Platz ein. Deutsche tranken erheblich weniger reinen Alkohol als Franzosen oder Italiener, was am dortigen hohen Weinkonsum lag. Die Deutschen waren nicht einmal beim Bierverbrauch führend: Belgier und Briten tranken im jährlichen Durchschnitt gut doppelt soviel. Auch der Schnapsverbrauch lag nur auf einem mittleren Niveau (Hoppe 1912: 705). Immerhin, seit der Mitte des 19. Jahrhunderts hatte Bier in Deutschland beinahe ungebrochen Konjunktur – daher stieg das Braugewerbe zu einer der Leitbranchen der Lebensmittelindustrie auf.

In dieser Zeit änderten sich in Ländern wie Deutschland nicht nur die Vorlieben beim Alkohol. Das gesamte Speisesystem wandelte sich, und es kehrte sich ein langfristiger Trend wieder um. Von der Frühen Neuzeit bis in die napoleonische Ära hatte sich in Europa die Volksernährung offenbar

permanent verschlechtert (dazu noch immer grundlegend Abel 1981: 32–64; Teuteberg/Wiegelmann 1986). Erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts verbesserte sich die Massenkost wieder. Die bis dahin dominierende Mus- und Breikost verschwand, Kartoffeln, Schwarzbrot, Hülsenfrüchte und Pflanzenfette wurden ersetzt durch Fleisch, Zucker und Weißbrot. Vor allem expandierte der Fleischkonsum. Er verdreifachte sich auf dem Gebiet des Deutschen Reiches zwischen 1816 und 1914. Besonders rapide vollzog sich der Wandel in den Jahren nach 1880. Dabei nahm der Verzehr von Obst, Gemüse, Fleisch, Eiern, tierischem Fett und Zucker weiter zu. Sieht man einmal von den Krisenzeiten ab, mithin den Weltkriegen und deren Folgen, so wurde in den 1860er Jahren in Deutschland der Nahrungsmangel überwunden. Seitdem blieb die Höhe des Nährwertes, von den Krisenzeiten abgesehen, bis in die 1970er Jahre gleich. Verändert haben sich seitdem jedoch die Quellen für Eiweiß, Fett, Kohlenhydrate, Vitamine und Spurenelemente (Lesniczak 2003: 37ff.).

Im 19. Jahrhundert verschwanden in Deutschland die periodischen Hungersnöte. Die Agrarrevolution steigerte die Produktivität in der Landwirtschaft und machte sie weniger krisenanfällig. Wichtige Faktoren waren der Übergang zur Fruchtwechselwirtschaft, die künstliche Düngung, der Einsatz von Maschinen und die Vergrößerung der Betriebe als Folge der Agrarreformen. Die Transportrevolution führte zum Ausbau des Eisenbahn- und Überseeverkehrs für Massengüter. Seit der Mitte des 19. Jahrhunderts konnten Produkte aus den Überschussgebieten, etwa Nordamerika und Osteuropa, in jene Gebiete geschafft werden, in denen Mangel herrschte. Die Verarbeitung von Lebensmitteln wurde revolutioniert, Nahrung wurde so länger haltbar und war besser zu lagern und zu transportieren. Zugleich wurde die tägliche Kost kommerzialisiert, man stellte seine Nahrung nicht mehr selbst her, sondern kaufte sie auf dem Markt oder in Geschäften.

Einen großen Einfluss auf die Alltagskost hatte die Fabrikarbeit. Denn die Essenszeiten hatten sich nun an die Laufzeiten der Maschinen anzupassen. Gegessen wurden frühmorgens vor und spätabends nach der Arbeit, was die bisherige Bedeutung des Mittagsmahls relativierte. Der oft zwölfstündige Arbeitstag wurde häufig nur durch eine einzige Pause unterbrochen. In dieser Zeit kehrten die verheirateten Arbeiter, wenn möglich, nach Hause zurück und speisten, was ihre Ehefrauen in aller Eile auf den Tisch stellen konnten, denn viele Frauen waren nun selbst in einer Fabrik beschäftigt. Daneben wurde es üblich, dass Frauen oder Kinder den Fami-

lienvätern das Essen an den Arbeitsplatz brachten. Seit der Jahrhundertwende bewegten sich Millionen von Beschäftigten morgens mit Esspaketen, Kaffeetöpfen und Henkelmännern zur Arbeit. Der dreiteilige Essensträger erwies sich als außerordentlich hilfreich. Er erlaubte die Mitnahme einer kompletten Mahlzeit; Werkskantinen blieben dagegen selten.

Nach 1880 stiegen die Reallöhne deutlich an, daher konnte sich die Masse erstmals permanente Überernährung leisten. Damals wurde nicht nur in der Unterschicht so viel gegessen und getrunken, wie man sich finanziell eben erlauben konnte. Die Menschen wurden allmählich rundlicher, weil die Veränderung der Kost nur ein Teil eines grundlegenden Wandels war. Die ehemals dominierende Arbeit in der Landwirtschaft war für viele Menschen durch Tätigkeiten in Industrie und Verwaltungen abgelöst worden. Dadurch änderte sich der Alltags- und Lebensrhythmus. Die sozialen Bindungen der ländlichen Großfamilie mit ihrer Prägung durch bäuerliche, patriarchalische und religiöse Faktoren erodierten: Dies alles veränderte die Esskultur erheblich, so verschwanden etwa das Zweite Frühstück und die Vesper.

Die neue Konjunktur der Nahrungskonserven fiel nicht ohne Zufall mit der industriellen Revolution zusammen. Nachgefragt wurden nun verarbeitete Lebensmittel, die ohne wesentliche Geschmacks- oder Nährwertverluste aufbewahrt und bei Bedarf schnell verwendet werden konnten. Nach 1850 häuften sich die technischen Neuerungen in der Konservierungstechnik: Erhitzen unter Luftabschluss, Verwendung antiseptischer Konservierungsmittel (wie Spiritus, Essig, Zuckerlösung, Salizyl- und Benzoesäure), Gefriertechnik und Einsatz von Luft abweisenden Schutzfolien. Dabei kam den wissenschaftlichen Entdeckungen von Liebig, Pettenkofer und Pasteur über Bakterien und Sterilisierung eine überragende Bedeutung zu (Weyer-von Schoultz 2006). Weitere technische Verbesserungen waren Falzdose, Dosenverschlussmaschine, Großtrockenanlage und Gefriertechnik. Im letzten Jahrzehnt vor dem Ersten Weltkrieg expandierten in Deutschland Produktion und Verbrauch von Konserven. 1913 wurden rund 100 Millionen Kilodosen hergestellt. Dies war bei einer Bevölkerung von über 60 Millionen nicht einmal viel (Teuteberg 1972: 78; grundlegend Ellerbrock 1993).

Am Anfang der Versorgung mit industriell erzeugten Konserven stand in Deutschland der Bedarf der Militärs. Für die Soldaten wurde die Erbswurst produziert, und der Proviant blieb eine permanente Herausforderung für die Ernährungswissenschaftler (Voit 1876). Noch bedeutsamer

wurde der Fleischextrakt. Nachdem Liebig und Pettenkofer das Verfahren zu seiner Herstellung wissenschaftlich abgesichert hatten, begann 1864 in Uruguay die Erzeugung im großen Stil: Allein in Fray Bentos wurden jährlich bis zu 200.000 Rinder geschlachtet. Das vom Fett befreite Rindfleisch wurde eingedampft und in Dosen abgefüllt. Das Fleischmehl war jahrelang haltbar. Der Fleischextrakt war aber erst der Anfang: In Deutschland spielte die Fleisch- und Wurstfabrikation für die Industrialisierung der Ernährung eine große Rolle. Damit verbunden waren hygienische Maßnahmen, besonders die Einrichtung von städtischen Schlachthöfen unter amtlicher Kontrolle. Deren Zahl stieg allein in Preußen von zehn im Jahre 1880 auf über 500 im Jahre 1908. Im Rahmen der zunehmenden Massenverarbeitung von Tieren wurde jedoch erheblich mehr Frischfleisch als Fleisch- und Wurstkonserven hergestellt. Wichtiger für die Konservenindustrie waren eingedostes Obst und Gemüse – besonders Erbsen, Möhren und Spargel (Hard 1994: 81–178).

Allerdings setzten sich Vollkonserven in Deutschland vor dem Ersten Weltkrieg nicht vollends durch. Die Eigenproduktion und -konservierung von Lebensmitteln spielte noch eine große Rolle. Viele Arbeiterkolonien verfügten über Ställe für Kleinvieh sowie Obst- und Gemüsegärten zur Selbstversorgung. Von letzterer ausgeschlossen waren jedoch die Schlafgänger, zumeist junge Männer und Frauen, die oft nur während der Ruhezeiten die Stuben ihrer Gastgeber aufsuchen durften. Ihre Ernährung war meist mangelhaft, unter anderem eine Folge der Industriearbeit. Frühstückspausen blieben den Vorgesetzten vorbehalten, Mahlzeiten wurden in der Regel unmittelbar am Arbeitsplatz eingenommen.

Generell verlor jedoch die Selbstversorgung in der Zwischenkriegszeit in den Großstädten an Bedeutung. Einfache Gaststätten boten kalte und preiswerte Schnellkost an, Frikadellen, Schweinshaxen, Koteletts, Brötchen mit rohem Hackfleisch und Zwiebeln, Löffelerbsen mit Speck und Bierwürste mit Salat. Die Großstadtbevölkerung begann nach 1900, die traditionell warme Gemüsekost durch kaltes, fettes und schwer verdauliches *Fast Food* zu ersetzen. Der Trend erscheint noch verstärkt, wenn man die wichtigste kulinarische Veränderung dieser Zeit bedenkt: das selbst belegte Brot oder Brötchen. Es wurde mit Margarine, Butter oder Schmalz bestrichen und mit Wurst, Käse oder Dosenfisch belegt. Kompakt, fett- und kalorienreich und doch leicht transportabel, bildete das Butterbrot bald eine Basiseinheit, die aus der Ernährung der Großstädter kaum noch wegzudenken war (Allen 2002: 21).

Die Kost der meisten blieb zwar monoton, verbesserte sich aber seit der Hochindustrialisierung deutlich. Um 1850 lag in einem preußischen Arbeiterhaushalt der Anteil der Nahrungskosten noch bei etwa 58 Prozent; 1913 machte er nur noch 33 Prozent aus. Gleichzeitig war der Durchschnittsgeschmack beim Essen und Trinken immer anspruchsvoller geworden. Diese Tendenz lässt sich an zwei Beispielen gut aufzeigen: am Fleischkonsum und am Nährwert.

So erhöhte sich zwischen der napoleonischen Ära und dem Ersten Weltkrieg der Fleischverbrauch (Teuteberg 1972: 122f.). Der Konsum von Schweinfleisch nahm damals um mehr als das Sechsfache zu. Bis 1913 verbesserte sich aber auch der Nährwert der Kost. Interessante Rückschlüsse dafür lieferten zum Beispiel die Speisepläne von Armenanstalten. Im Jahre 1842 bot das Braunschweiger *Armenhaus auf dem Klimt* ein nicht mehr ermittelbares Frühstück an. Mittags gab es pro Person täglich ein Kilogramm Kartoffeln, in die je nach Wochentag weiße Bohnen, Graupen, Karotten, Linsen oder Rüben eingekocht wurden. Das Abendessen bestand aus 0,3 Litern Milch, im täglichen Wechsel kamen rund 350 Gramm Schwarzbrot oder ein Kilogramm Kartoffeln hinzu. Dazu gab es täglich nur 15 Gramm Butter. In den Speiseplan des Hamburger *Werk- und Armenhauses* hatte dagegen um 1900 beinahe die bürgerliche Küche Einzug gehalten. Morgens gab es Malzkaffee oder Tee mit Vollmilch beziehungsweise einen halben Liter Milch, 400 Gramm Vollkornbrot, Margarine und Kunsthonig. Das Mittagessen bestand aus Eintöpfen: Linsen, Weißkohl und Graupen wurden mit Kartoffeln unter Zusatz von Rind-, Schweine-, Hammelfleisch oder Schmalz gekocht. Zur Abendmahlzeit wurden im Wechsel Schwarzbrot mit Margarine, Wurst, Käse oder Fischkonserven angeboten. Auf der Basis dieser Angaben hat Teuteberg schon 1972 den Nährwert einer Kost ermittelt, die zum damaligen Zeitpunkt jeweils als Mindestgrenze für die Erhaltung von Leben und Arbeitsfähigkeit galt. Bis nach 1850 waren diejenigen, die auf die Speisen eines Armenhauses angewiesen waren, nicht ausreichend ernährt. Großer Mangel herrschte an Fett, Calcium und Vitamin A. Um 1900 war die Ernährung in den Armenhäusern zwar noch monoton, mit Ausnahme einiger Vitamine erhielten ihre Insassen jedoch eine ausreichende Kost. Krankenhäuser waren bereits zu einer regelrechten Mast ihrer Patienten übergegangen (Teuteberg 1972: 168ff.; Thoms 1996; Thoms 2005: 797–827).

Von den Vorläufern des heutigen *Fast Food* einmal abgesehen, waren die Veränderungen der Esskultur auf die Entscheidungen der Hausfrauen

zurückzuführen. Sie hatten nun erstmals eine Einkaufsmacht und konnten zugleich aus einem Angebot auswählen, von dem ihre Großmütter nur hatten träumen können. Industrialisierte Erzeugung und steigende Realeinkommen ermöglichten es, bisher fast unerschwingliche Produkte zu erwerben, zum Beispiel Zucker. Ein wesentliches Hindernis war noch die mangelhafte Küchentechnik. Traditionell wurden Speisen über einem offenen Kaminfeuer zubereitet. Wohlhabendere konnten sich separierte Küchenräume leisten. Als mit der Hochindustrialisierung die Zahl der Stadtbewohner anstieg, gab es in den Mietskasernen aus Platz- oder Sicherheitsgründen oft nur eingeschränkte Möglichkeiten, selbst zu kochen. Die Lage verbesserte sich durch den eisernen Sparherd. Er stammte ursprünglich aus Nordamerika. Neu war eine komplizierte Führung der Zu- und Abluft; daher konnte Steinkohle verfeuert werden. Diese Wind-Öfen waren mit gusseisernen Herdplatten, einer Bratröhre und speziellen Behältern zum Wasserkochen ausgerüstet. Der Gasherd kam in Deutschland in den 1930er Jahren auf, der Elektroherd erst nach dem Zweiten Weltkrieg (Teuteberg 1990: 365ff.).

Im Kaminfeuer war zumeist in Kesseln gekocht worden, die über oder im Feuer gehangen hatten. Die dafür notwendigen Kochutensilien waren für die eisernen Sparherde nicht mehr zu gebrauchen, denn die Speisen verbrannten während der Zubereitung. Eine Lösung waren schließlich Kochgeräte, deren innere Böden und Wände emailliert, also mit geschmolzenem Glas überzogen worden waren. Die erfolgreiche Massenproduktion von Emaille-Töpfen begann ab 1836 durch den Prager Fabrikanten Adolf Martin Fleischl. Seitdem drangen emaillierte Waren in die Haushalte vor: Wassereimer, Bratpfannen, Kochkessel, Schüsseln, Kaffeekannen, Schöpf- und Schaumlöffel, Drahtsiebe, Backbleche und Waschschüsseln. Hinzu kamen Produkte aus Blech, Glas, Steingut und Holz wie Nudelbrett, Teller, Tassen, Gläser und Bestecke. Die deutsche Gesellschaft rüstete küchentechnisch auf (ebd.: 371f.).

Die zeitgleichen Veränderungen waren in den USA einschneidender und zukunftsweisender, denn schon vor dem Ersten Weltkrieg entstand dort eine neuartige Lebensmittelindustrie (Hooker 1981: 235–251). Sie gab zugleich das Vorbild ab für eine seitdem weltweit zu beobachtende Verbindung von Landwirtschaft, Industrie und Verkehrsrevolution. Besonders nach 1865 wurden Millionen von Eisenbahnkilometern gebaut. Dies trug entscheidend zur Entstehung von drei großen landwirtschaftlichen Regionen bei: Der Weizenanbau konnte sich weiter nach Westen ausbreiten, bis

nach Minnesota und in die Dakota-Staaten. Das Zentrum für Maisanbau und Schweinezucht verlagerte sich ebenfalls nach Westen, nach Wisconsin und Iowa. Die Landwirtschaft im Nordosten spezialisierte sich auf die Erzeugung von Milch, Früchten und Gemüse (Williams 1985: 113). Die neuen Versorgungswege kehrten sich gegen Ende der 1880er Jahre bereits wieder um: Seitdem wurden frische Milch, Früchte und Gemüse in die ländlichen Gebiete der Mittelatlantikstaaten und der großen Seen geliefert. Allein zwischen 1870 und 1900 erhöhte sich die Menge der in den USA jährlich verkauften Milch von zwei auf 18 Milliarden Pfund (Lampard 1963: 196).

Schon bald nach 1870 entfaltete sich in Chicago und Kansas City eine neuartige Fleischindustrie. Anfangs wurden dort hauptsächlich Fleischkonserven hergestellt. 1879 erfand aber Gustavus Swift einen Versorgungsweg, der die Kühltechnik für neuartige Waggons nutzte: Rinder wurden in Chicago gemästet und getötet und das zerlegte Fleisch dann in Kühlwaggons nach Osten geschafft. Die Eisenbahn schuf weitere Verbindungswege zwischen Produkten und Verbrauchern. Frisches Gemüse aus dem tiefen Süden gelangte nun fast das ganze Jahr über in den Mittleren Westen. Gleiches galt für Pfirsiche aus Georgia und Südfrüchte aus Kalifornien. Ohne Frage profitierten die Konsumenten. Die Preise für Lebensmittel fielen nach 1870 kontinuierlich und die Qualität verbesserte sich. Besonders drastisch war der Preisverfall bei folgenden Produkten: Weizen kostete 1898 nur noch ein Drittel dessen, was 1872 hatte gezahlt werden müssen, und im selben Zeitraum reduzierte sich der Preis für Bohnen um 35, für Kaffee um 51, für Milch um 42 und für Zucker um 114 Prozent (Massachusetts Bureau of Labor Statistics 1898: 23ff.)

Schaut man auf das Speisesystem, dann veränderte sich das Frühstück am stärksten. Es hatte bis zum Sezessionskrieg zumeist aus Brot oder Getreidebrei mit gebratenem Speck bestanden. Gegen den Trend setzten sich hier nicht tierische Erzeugnisse, sondern verarbeitete Getreideprodukte durch – etwa Cornflakes. Die Gründe dafür lagen in gesundheitlichen Erwägungen, Bequemlichkeit, Hygiene und Werbung. Das klassische Frühstück hatte noch mehrere Arbeitsgänge erfordert, Cornflakes brauchte man nur noch in eine Schüssel zu füllen und mit Flüssigkeit zu übergießen. Die Cerealien waren sauber und keimfrei verpackt – zumindest glaubten dies die Verbraucher. Denn seit der Entdeckung der Bakterien wurde Hygiene ein wichtiger Bestandteil der Kaufentscheidungen, befördert noch durch gesundheitliche Erwägungen. Vor allem nach der Jahrhundertwende

wurde für die urbane Mittelschicht das Leitbild der gesunden Ernährung immer bedeutsamer, wobei sich der Akzent verschob: von der Vermeidung von Gesundheitsgefahren zur aktiven Gesundheitsförderung. Die Cornflakes etwa waren ursprünglich als vegetarische Fastenspeise von William K. Kellogg (1860–1951) erfunden worden. Er war der Bruder des schon erwähnten John Harvey Kellogg (Carson 1957: 8–14; Whorton 1982: 200ff.; Wirz 1993: 151–210). Allein dadurch wurde eine Verbindung zwischen Cornflakes und Gesundheit bereits suggeriert. Das Produkt war rasch und durchschlagend erfolgreich. Dies regte Nachahmungen an, wie die *Toasties* von Charles W. Post (1854–1914), einem ehemaligen Patienten von Kellogg. Neben den zugeschriebenen Gesundheitswert trat jedoch der Faktor Werbung: Die Cerealien wurden mit leicht erinnerbaren Markennamen versehen. Charles W. Post hatte sein Produkt ursprünglich *Elijah's Manna* genannt; erst als er dieses in *Toasties* umtaufte, kam der geschäftliche Erfolg (Carson1957: 196ff.).

Ähnlich beeindruckend war der Siegeszug der Firma von Henry J. Heinz (1844–1919). Er nutzte neuartige Techniken, wie Vollkonserve und Verschluss von Glasflaschen unter Dampfdruck, um die Amerikaner mit den beliebten, süß-sauer eingelegten Gurken und mit Würzsoßen zu versorgen. Auch der Erfolg von Heinz beruhte auf Hygiene, Qualität und Werbung, in letzterer war er geradezu ein Meister: Seine Präsentation war der Zuschauermagnet auf der Weltaufstellung in Chicago 1893. Heinz organisierte Verkaufsveranstaltungen in Gemischtwarenläden, bot an, bei Unzufriedenheit den Kaufpreis zu erstatten, und öffnete seine Fabriken für Besucher. Eine riesige, sechs Stockwerke hohe Essiggurke, die für Heinz-Produkte warb, stand in New York bis 1906 genau dort, wo später das Faltiron-Building errichtet wurde. Heinz war aber nicht nur bei der Werbung, sondern auch in der Produktionstechnik innovativ. Gewürzgurken etwa wurden in seinen Unternehmen auf Verarbeitungsbändern hergestellt: maschinell gereinigt, geschält, gekocht, in Konserven gefüllt und verpackt. Schon 1910 stellte die US-Industrie auf diese Weise jährlich drei Milliarden Dosen her (Hampe/Wittenberg 1964: 119–123).

Die Erzeugung von Lebensmitteln war zu einer industriellen Leitbranche geworden. Um 1900 war von den vier wichtigsten Bereichen der Erzeugung – Fleischverarbeitung, Mühlen- und Zuckerindustrie, Herstellung von Backwaren – allein die letzte nicht von Monopolen beherrscht. Es erscheint paradox, dass der nach 1880 einsetzende Konsumentenschutz die Kartellbildung noch förderte; aber in der Tat wirkten die Hygienevor-

schriften der Regierungen genau in diese Richtung. Für die Fleischindustrie etwa beförderte das 1891 bundesweit eingeführte System der Inspektionen den Konzentrationsprozess. Unter der Führung von Gustavus Swift teilten die *Big Five* genannten Konzerne die Fleischversorgung unter sich auf. Das neue System verdrängte zahlreiche Schlachtbetriebe und Metzgereien vom Markt und öffnete zugleich den Weg für Exporte nach Europa. 1906 kam dann ein (scheinbarer) Rückschlag für die Konzerne: Der Schriftsteller Upton Sinclair (1878–1968) deckte in seinem Roman *The Jungle* die Missstände auf den Schlachthöfen von Chicago auf (Sinclair 1906). Auf den Skandal folgten gesetzliche Verschärfungen der Kontrollvorschriften. Diese Regelungen wurden von der Fleischindustrie unterstützt, denn ein Kontrollsystem, das über eine durch die Regierungen betriebene Überwachung die Skeptiker im In- und Ausland von der Qualität ihrer Fleisch- und Wurstwaren überzeugte, lag in ihrem Interesse.

Gesetzliche Regelungen förderten überhaupt die Entstehung großer Lebensmittelkonzerne. Deutlich wird dies in den Auswirkungen des 1906 verabschiedeten *Pure Food and Drug Acts*. Er war durch jahrelange Kampagnen zustande gekommen, die der Chemiker Dr. Harvey Wiley betrieben hatte. Er bekämpfte vorrangig den Einsatz von Additiven, etwa Farben oder Konservierungsstoffe, und die Verwendung von minderwertigen Grundstoffen. Das Gesetz wäre jedoch ohne Unterstützung der Großindustrie kaum zustande gekommen. Besonders Henry J. Heinz hatte erkannt, dass gesetzliche Regelungen ein Vorteil für die großen Unternehmen waren. Denn die kleinen und mittleren Unternehmen waren nicht kapitalkräftig genug, um wie die Großkonzerne in die modernen, hygienischen Produktionsverfahren investieren zu können. Daher förderten die Gesetze von Bund, Staaten und Gemeinden den Konzentrationsprozess, so in der Milchwirtschaft, wo in mehreren Stufen Hygienevorschriften, vor allem die Pasteurisierung der Milch, durchgesetzt wurden. Zwischen 1880 und 1923 ging die Zahl der Milch-, Käse- und Butterverkäufer in Boston von rund 1.500 auf 131 zurück. In Milwaukee reduzierte sich ihre Zahl in fünf Jahren nach der Einführung der Pasteurisierung von 200 auf 32, und schon in den 1930er Jahren wurden dort 85 Prozent der Milch nur noch von zwei Firmen geliefert, von Borden und National Dairy Products (Levenstein 1988: 41). Die Großkonzerne beeinflussten überhaupt zunehmend die Verbraucher: Reklametafeln und Zeitungsannoncen forderten dazu auf, mehr Dosenfleisch, Gewürzgurken oder Frühstücksmüslis zu essen. Viele Verbraucher folgten den Verheißungen einer immer verführe-

rischen Werbung. Damit deutete sich schon vor 1914 ein grundlegender Wandel der amerikanischen Esskultur an.

III. Gesundheitliche Revolutionen

Bis zum 19. Jahrhundert war das traditionelle Speisesystem europäischer Prägung durch eine Fülle von Neuerungen und Problemen herausgefordert worden: wissenschaftliche Erkenntnisse, Industrialisierung, bürgerliche Küche, defizitäre Massenernährung in Europa, Überfluss im *Cornutopia* der USA, Vordringen neuer Produkte und Produktionsweisen. Die Gesellschaften in Europa und Nordamerika reagierten auf national spezifische Weise auf diesen Wandel, waren aber zugleich in einer großen, übernationalen Debatte über die Chancen und Gefahren des Wandels vereint: Wie war es möglich, mit den Optionen einer neuartigen, globalisierten Welt umzugehen, die diese für die menschliche Ernährung bot? Und wie konnte die traditionelle Lehre vom gesunden Leben, die bis dahin Schulmedizin und Alltagswissen stark geprägt hatte, so erneuert werden, dass die Menschen in einer sich nun rapide verändernden Welt verantwortlich mit ihrer Gesundheit umgehen konnten?

Eine erste Antwort auf diese Frage war der Kampf gegen den Alkohol, der in den USA als Kampf gegen den Branntwein schon Ende des 18. Jahrhunderts einsetzte. Die amerikanische Bewegung für Temperenz und Abstinenz war mehr als nur die gesellschaftliche Mobilisierung der Spießer – sie war eine umfassende Antwort auf gesundheitliche und soziale Fragen der US-Gesellschaft. Gleiches galt für die zweite bedeutsame Bewegung, die Lebensreform, die einen starken Schwerpunkt im deutschsprachigen Raum hatte. Auch bei ihr verbanden sich moralisierende Grundtendenzen mit neuartigen Antworten, wie Menschen im modernen Zeitalter verantwortungsvoll und gesund leben konnten. Eine dritte, zunächst gar nicht so mächtige Strömung war die Sozialreform, die sich zugleich mit Bestrebungen zur allgemeinen Hygiene, der Schulmedizin und den entstehenden Naturwissenschaften verband. Vor allem sie sollte die weitere Entwicklung maßgeblich beeinflussen.

4. Die Alkoholprohibition – eine Gesundheitsbewegung

Im Umbruch von der Kolonialzeit zur Unabhängigkeit bildete sich eine erste Antwort auf die Dilemmata des Massenkonsums heraus: die Prohibition von Trinkalkohol. Sie hatte in den USA in den 1920er Jahren Bestand und galt oft als Paradebeispiel für ein unsinniges Gesetz. Diese Einschätzung steht im Gegensatz zur zeitgenössischen Popularität von Mäßigung und Totalverzicht. Zwischen 1810 und 1940 war die Prohibition die wichtigste Massenbewegung in den USA und damit eine der international einflussreichsten Sozial- und Gesundheitsreformen überhaupt. Die Prohibitionsbewegung kann in zwei Phasen unterteilt werden. Nach 1800 entfaltete sich zunächst eine Bewegung, die durch Verzicht auf Alkohol die amerikanische Republik in Bezug auf Politik, Religion, Moral, Soziales und Gesundheit konsolidieren wollte. Dies alles verband sich dann nach 1880 mit Ideen, die aus dem Sozialdarwinismus stammten. Ein abstinenter Lebensstil sollte nun das Individuum fit machen, um den Herausforderungen der Gesellschaft gewachsen zu sein. Auch dieser Prohibitionismus hatte implizit stets eine gesundheitliche Ausrichtung (Lender/Martin 1982: 2ff.; Burnham 1993: 51–85).

Schon die ersten Einwanderer hatten die europäische Vorliebe für Alkohol nach Nordamerika mitgebracht. Bald hielt ein in Europa unbekannter Massenwohlstand Einzug in die englischen Kolonien. Als Folge davon wurde Alkohol omnipräsent. Bier und Cider waren die wichtigsten Getränke bei Tisch; selbst Kinder erhielten täglich ihre Ration. Beim Bau von Kirchen wurde ebenso getrunken wie im normalen Arbeitsalltag. Bei religiösen Zusammenkünften, gleich ob anglikanisch oder puritanisch, wurde nicht nur gebetet und gepredigt, sondern auch ausgiebig Alkohol getrunken. Er wurde bei den Gemeindewahlen ausgegeben, und auch Hochzeiten, Taufen, Musterungen und Beerdigungen waren in der Regel alkoholisierte Ereignisse. Um 1700 hatten selbst kleinere Ortschaften im Durchschnitt ein bis zwei Kneipen. Sie hatten wichtige Funktionen als Treff-

punkte, Speisegaststätten und Übernachtungsmöglichkeiten für Ortsfremde. Zwar gab es keine präzise Statistik, aber verlässt man sich auf die vorliegenden Schätzungen, dann trank ein über 15-Jähriger um 1790 im Jahr rund 2,2 Liter Wein, 20 Liter Spirituosen und 130 Liter Bier. Man muss noch bedenken, dass hier Personen mit eingerechnet waren, die nicht oder nur wenig tranken, wie Abstinente, Greise, Kranke, Jugendliche oder generell Frauen. Wahrscheinlich waren viele Kolonisten nach heutigen Standards regelmäßige bis schwere Trinker (Hyman 1980). Dem standen im Prinzip strenge moralische Regeln entgegen: In den Kolonien übten die Kirchengemeinden eine umfassende Verhaltenskontrolle aus. Besonders in Not- oder Krisenzeiten wurde gegen das Trinken vorgegangen. Ziel war es, dadurch die göttliche Gnade wiederzuerlangen (Bernard 1991: 341f.).

In der frühen Kolonialzeit hielt sich die Betroffenheit jedoch in Grenzen. Dies lag vielleicht an der Seltenheit wirklich exzessiven Trinkens. Es wurde zwar regelmäßig getrunken, aber hauptsächlich Bier und Cider, zumeist zum Essen oder bei besonderen Ereignissen. Familie, Freunde, kirchliche und politische Funktionsträger bildeten Netzwerke, die eingreifen konnten, wenn sich echter Alkoholismus entwickelte. Dieser wurde zwar von den in Neu-England dominierenden Puritanern als Sünde begriffen, galt jedoch durch Einsicht, Sühne und Besserung als einfach zu überwinden. Alkohol wurde also gar nicht derart pauschal verteufelt, wie dies dem puritanischen Amerika häufig unterstellt worden ist. Die Obrigkeiten hatten weniger moralische als vielmehr ordnungspolitische Motive. Denn im Rausch wurden viele Straftaten begangen. Jede Kolonie versuchte daher peinlich genau, das Rauschtrinken einzudämmen. Verordnungen legten fest, welche Mengen von Spirituosen in Gaststätten an wen abgegeben werden durften. Öffentliche Volltrunkenheit wurde zur strafbaren Handlung gemacht. In Massachusetts war es sogar strafbar, sich zu Hause zu betrinken. In der Praxis wurden die harten Regeln jedoch flexibel ausgelegt. Die puritanischen Kirchen vergaben Sündern rasch und die politischen Obrigkeiten waren mehr an der Stabilität der Gemeinden als an einem moralischen Regiment interessiert. Lediglich Indianern und Sklaven versuchte man nach Möglichkeit, den Alkohol ganz zu entziehen. Dabei spielten wiederum ordnungspolitische Gründe die entscheidende Rolle (Lender/Martin 1982: 21–29).

Die Lage änderte sich nachhaltig, als Nordamerika im 18. Jahrhundert von der *Branntwein-Pest* erfasst wurde. Sie war eine frühe Auswirkung der industriellen Revolution auf die Erzeugung von Lebensmitteln. In der

späten Kolonialzeit und den ersten Dekaden der Republik drang der Verbrauch harter Schnäpse immer weiter in den Alltag vor. Hochprozentiges wurde von Männern, Frauen, Kindern und Greisen schon zum Frühstück getrunken. Um elf Uhr morgens und am frühen Nachmittag gegen vier Uhr stoppte die Arbeit auf den Feldern, in Geschäften und Manufakturen, damit man einen kräftigen Schluck nehmen konnte. Besonders das Abendessen wurde mit Schnaps abgeschlossen, angeblich um die Verdauung anzuregen. Aber auch das gesellige Trinken, etwa unter Freunden oder um Geschäftsabschlüsse zu feiern, wurde damals immer exzessiver. Unter den Grenzern des Westens war der Schnapsverbrauch noch gravierender. Gleiches galt für die indianische Bevölkerung, die oft von gewissenlosen Geschäftsleuten abhängig gemacht wurde (Burnham 1993: 51ff.). Für die auf die Grenzer an der *Frontier* folgenden Farmer war das Selbstbrennen zwar eine wichtige Einkommensquelle (Slaughter 1986). Aber kaum ein Farmer konnte es sich leisten, sich mehrmals in der Woche dem Vollrausch hinzugeben, wollte er seine Farm voranbringen. Gleichwohl war der Konsum für heutige Begriffe selbst bei gemäßigten Trinkern bemerkenswert. Dies lag vielleicht an der egalitären Grundstimmung in den USA. Nach persönlichem Gusto zu trinken, galt als Ausdruck von Freiheit und Gleichheit (Wilentz 2005).

Gleichwohl rief die Branntwein-Pest zunehmend Besorgnis hervor. Denn harter Alkohol wurde so prävalent, dass die bisherigen Mechanismen der Kontrolle versagten. Die Kirchen meldeten sich zu Wort, vor allem Methodisten und Quäker. 1774, kaum zufällig während der Revolution, veröffentlichte Anthony Benezet, ein Quäker aus Philadelphia, mit *The Mighty Destroyer Displayed* den ersten Fundamentalangriff auf die Spirituosen (Benezet 1774). Das Pamphlet fand weite Verbreitung und ein Stimmungswandel setzte ein. Ein wichtiges Motiv dafür war, dass beinahe alle Verhaltensreglements in Staaten und Gemeinden durch die Revolution abgeschafft worden waren. Daher bildeten sich nun (formell) säkular ausgerichtete Vereine, zum Beispiel im Jahre 1790 die *Society for the Reformation of Morals* aus Franklin, Massachusetts. Gefordert wurde bis zum Krieg von 1812 hauptsächlich die Schließung von Kneipen und Bordellen. Die Bewegung hatte jedoch nicht allein religiöse oder moralische Ziele; sie war explizit politisch, und sie war mit den Bestrebungen nach Selbstbestimmung und Unabhängigkeit der Kolonien verbunden. Auch Thomas Jefferson und John Adams sahen besorgt, wie mit den alten kolonialen Obrigkeiten die Moral dahingeschwunden war. Nach ihrer Auffassung sollte die Repu-

blik in persönlicher und staatsbürgerlicher Tugend begründet sein; stattdessen konnte man nun ihren Verfall beobachten. Es drohten Anarchie und Anomie, also soziale Regellosigkeit. Diese im Grunde politische Wendung gegen den Alkohol wurde seit der Revolutionszeit um gesundheitliche Bedenken erweitert.

Trinker richteten tatsächlich Schaden an: durch Armut, Krankheit und Kriminalität. Zu diesem Bild trugen jene empirischen Sozialstudien bei, die seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts die dominante Rolle des Trinkens bei Kranken, Armen, Behinderten und Gefängnisinsassen aufzeigten. Unangemessenes Trinken beziehungsweise Alkohol überhaupt wurden so zur Ursache zahlloser Probleme: Sie reichten von den persönlichen Notlagen des Trinkers bis zum ungenügenden Gesamtzustand der Nation. Der Alkoholkonsum erklärte mehr und mehr, warum selbst in Amerika, dem Land, das Gott den Menschen neu überantwortet hatte, alte, aus Europa bekannte Leiden und Probleme fortbestanden (Bernard 1991: 346f.) Dabei wurden in den USA die gesundheitsschädlichen Folgen des Trinkens intensiv wahrgenommen. Kaum eine zweite Person war für diese Idee, öffentliche und persönliche Tugend und Gesundheit miteinander zu verbinden, so einflussreich wie Benjamin Rush (1745-1813) (Brodsky 2004).

Rush war einer der Gründungsväter der USA, überzeugter Republikaner und Presbyterianer. Er war um 1800 der wahrscheinlich bedeutendste nordamerikanische Mediziner. Schon seit 1772 hatte Rush intensiv gegen Spirituosen Stellung bezogen. Sein wichtigstes Werk war die *Inquiry into the Effects of Ardent Spirits*, die erstmals 1784 erschien (Rush 1805). Die *Inquiry* war die folgenreiche Herausforderung einer Grundüberzeugung, welche die Kolonisten aus Europa mitgebracht hatten – dass Alkohol im Grunde ein positives Gut wäre. Rush differenzierte dagegen deutlich zwischen Niedrig- und Hochprozentigem. Nichts war gegen Bier oder Wein einzuwenden, wenn sie in Maßen genossen würden. Spirituosen aber erzeugten mehr als nur zeitweise Trunkenheit. In größeren Mengen und über Jahre genossen, zerstörten sie die Gesundheit und führten zum Tod. Um seine Forschungsergebnisse zu veranschaulichen, fügte Rush der *Inquiry* als Beilage ein moralisches und physikalisches Thermometer bei (Rush 1790). Es zeigte die verhehrenden Auswirkungen des Alkoholgenusses bei steigenden Mengen und immer härteren Drinks. So wurden zunehmend persönliche und öffentliche Tugend sowie individuelle Gesundheit zerstört. Wasser, Milch und Leichtbier waren die besten Getränke, denn sie garantierten geistige Klarheit und Gemütsruhe, soziales Ansehen, langes Leben und

Glück. Most, Wein, Porter und Starkbier bewirkten in Maßen getrunken immerhin Fröhlichkeit und Körperkraft. Jede Maßlosigkeit bei Spirituosen war jedoch verhängnisvoll. Hier zeigte Rush auf seinem Thermometer zunehmend drastische Wirkungen, für den Fall, dass immer härter und regelmäßiger getrunken wurde. Seine Skala bildete einen aufsteigenden Grad der Gefährdung ab, von Punsch über Grog, Gin, Brandy bis schließlich zum Rum; als besonders gefährdend galt das Trinken zum Frühstück oder während des Tages. Parallel mit dem Gewohnheitstrinken sollten sich Faulheit, Spiel- und Streitsucht bis hin zu Raub und Mord steigern. Entsprechend führten die kriminellen Folgen vom finanziellen Ruin über Armenhaus und Gefängnis schließlich bis zum Galgen. Die negativen gesundheitlichen Folgen der Spirituosen reichten je nach Art und Häufigkeit des Verbrauchs über Übelkeit, Tremor, Infektionen, Gelbsucht, Epilepsie, Schlaganfälle bis zu geistiger Umnachtung und zum Tod (ebd.).

Rush begriff wahrscheinlich als erster bedeutender Mediziner das unstillbare Verlangen der Gewohnheitstrinker als Krankheit. Alkoholismus war für ihn eine körperliche und geistige Krankheit, die nur in frühen Phasen noch durch den freien Willen gestoppt werden konnte. Rush propagierte daher strikte Sanktionen gegen notorische Trinker. Sie waren für ihn das Gegenteil von tugendhaften Bürgern, damit eine öffentliche Gefahr, und sie sollten zumindest solange in geschlossenen Anstalten leben, bis sie ihre Fähigkeit zurückerlangt hätten, ein normales Leben zu führen. Außerdem verlangte Rush die Begrenzung der Verkaufsstellen für Spirituosen und hohe Steuern auf diese. Rush war kein Prohibitionist, sein Ziel war nur die gezielte Einschränkung des Verbrauchs (Levine 1978).

Aus solchen Ideen entwickelte sich eine Massenbewegung gegen den Alkohol. Ausgangspunkt waren der republikanische Ernst sowie das Streben nach Ordnung, Tugend und Gesundheit. Die Temperenzbewegung setzte 1811 auf der jährlichen Synode der Presbyterianischen Kirchen in Philadelphia ein (Brodsky 2004). Benjamin Rush hatte für die Synode 1.000 Kopien seiner *Inquiry* zur Verfügung gestellt. Während seines Vortrages beeindruckte er die Versammelten weniger mit theologischen als vielmehr mit sozialen, moralischen und gesundheitlichen Argumenten tief. Entsprechend waren die Folgen: Die Presbyterianer waren eine der ältesten Konfessionen der USA, stark verwurzelt in den Eliten Neu-Englands und der Mittleren Atlantikstaaten. Bedeutende Presbyterianer wie Lyman Beecher (1775–1863) begannen bald nach der Synode mit einer Temperenzkampagne (Beecher 1841; Schreiner 2003: 355–358). Mit Predigten, Gebeten

und Aufrufen wurde nun gegen Hochprozentiges Stellung bezogen. Es war künftig zu verbannen, vom Esstisch und aus Geschäften, Fabriken und öffentlichen Veranstaltungen. Schon 1813 wurde die *Society for the Promotion of Morals* gegründet, die intensiv gegen den Schnaps zu Felde zog. Die Temperenzbewegung breitete sich zudem rasch auf weitere christliche Konfessionen aus. Die Alkoholfrage wurde Teil des *Second Great Awakening* und erfasste so nach 1811 auch Methodisten, Kongregationalisten, Baptisten, evangelikale Gemeinschaften und selbst Anglikaner und Lutheraner. Die Bewegung kulminierte 1826 in der Gründung der *American Society for the Promotion of Temperance*. Schon 1829 gab es in den Bundesstaaten beziehungsweise Gemeinden über 200 Temperenzvereine (Young 2007).

Noch in den 1820er Jahren entstand eine weitere Reformbewegung, die nicht nur Temperenz, sondern sogar Abstinenz forderte. Das bedeutendste Zeugnis für sie stammt ebenfalls von dem schon erwähnten Lyman Beecher. Auch die Abstinenzbewegung hatte zuvorderst einen gesundheitlichen Ansatzpunkt. In seinen *Six Sermons on the Nature, Occasions, Signs, Evils, and Remedy of Intemperance*, die er erstmals 1825 vortrug, argumentierte Beecher: Jeder Konsum von alkoholischen Getränken führt über kurz oder lang zu körperlichen und geistigen Schäden und damit zur Alkoholkrankheit. Notorische Trinker wären gar nicht in der Lage anzugeben, wann sie die rote Linie zur physischen Abhängigkeit überschritten hatten. Daher wäre es besser, mit dem Trinken ganz aufzuhören. Am besten jedoch sei es, gar nicht erst mit diesem zu beginnen. Niemand könne voraussagen, welche Spätfolgen Alkohol noch nach Jahrzehnten haben könnte. Nur vollständige Abstinenz führe zu persönlicher Gesundheit und gesellschaftlicher Stabilität (Beecher 1827).

Seit den 1830er Jahren gewannen die Befürworter der Totalabstinenz an Boden. Vielleicht war dies auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse zurückzuführen. Denn entgegen früheren Vorstellungen war der Alkohol in Bier und Wein doch substanzgleich mit demjenigen im Schnaps. Hinzu kamen wiederum gesundheitliche Bedenken, so etwa die später bewiesenen Anschuldigungen des Abstinenzlers Edward C. Delevan (1793–1871). Er hatte 1835 entdeckt: Das Bier in seiner Heimatstadt Albany wurde mit Wasser gebraut, das die Abwässer aus Schlachthäusern und Klebstofffabriken enthielt. Jedenfalls wandelte sich die Haltung gegenüber Alkohol durch die Abstinenzbewegung rapide. 1830 wurden in den USA im landesweiten Durchschnitt pro Kopf der über 15-Jährigen etwa 36 Liter Spirituosen und 100 Liter Bier verbraucht. Zehn Jahre später waren es nur

noch 20 Liter Spirituosen und 24 Liter Bier (Hyman 1980). Schon um 1835 hatten über zwei Millionen Amerikaner öffentlich ihren Verzicht auf Hochprozentiges erklärt. Etwa eine Million Personen waren totalabstinent, 1,5 Millionen Mitglieder von Temperenz- oder Abstinenz-Vereinen geworden – und dies bei einer Gesamtbevölkerung der USA von nur 12,8 Millionen 1830 beziehungsweise rund 17 Millionen 1840. Es war tatsächlich eine Massenbewegung gegen den Alkohol entstanden. 1850, nach beinahe drei Jahrzehnten Agitation, hatte sich der Verbrauch von Spirituosen pro Person um rund 70 Prozent reduziert (Clark 1976: 19ff.).

Der freiwillige Verzicht, die Bekehrung von Trinkern und die Betreuung von Alkoholkranken reichten den Alkoholgegnern aber bald nicht mehr (Blumberg/Pittman 1991). Das erste gesetzliche Verbot von Spirituosen kam im US-Staat Maine zustande. Bereits 1837 hatten die dortigen Temperenzler eine entsprechende Novelle vorgelegt. Das Gesetz passierte erst 1849 erfolgreich die Legislative von Maine, aber der dortige Gouverneur verweigerte die Unterzeichnung. Erst als John Dow (1804–1897), ein schon damals landesweit bekannter Abstinenzler und (bezeichnenderweise) Gegner der Sklaverei, Bürgermeister von Portland geworden war, konnte das Gesetz am 2. Juni 1851 ratifiziert werden. 1852 folgte Massachusetts mit entsprechenden Regelungen. Vermont, Minnesota, Rhode Island, Michigan, Connecticut, Ohio, Indiana, New Hampshire, Delaware, Illinois, Iowa und New York schlossen sich bis 1855 an. Nur knapp scheiterten die Alkoholgegner in Wisconsin, Pennsylvania und New Jersey.

Die Ereignisse in Maine stehen allerdings nicht nur am Anfang, sondern auch am Ende der frühen Versuche, ein gesetzliches Verbot von Spirituosen durchzusetzen. Im Jahre 1856 kam es in Portland, Maine, zu blutigen Unruhen zwischen der irischen Unterschicht und der Stadtverwaltung unter John Dow. Er hatte als Bürgermeister, trotz der Prohibitionsgesetze, ein Warenlager für Spirituosen eingerichtet. In der unklaren Situation kam es zu einem Massenauflauf. Dow befahl der Bürgermiliz, das Feuer zu eröffnen. Eine Person wurde getötet, mehrere schwer verletzt. Der Vorfall wurde als *Portland Rum Riot* im ganzen Land berüchtigt (Rolde 1990: 178). Er war ein schwerer Rückschlag für die Prohibition. Bis zum Ausbruch des Sezessionskrieges hoben alle US-Staaten, die derartige Gesetze eingeführt hatten und die nun – kaum zufällig – in der Union verblieben waren, diese wieder auf.

Trinkgewohnheiten und Temperenzbewegung hatten sich in einer historischen Epoche herausgebildet, in der die USA stark von Europa isoliert

gewesen waren. Nach 1840 setzte jedoch eine Einwanderungswelle hauptsächlich aus Irland und den deutschsprachigen Ländern ein. Sie veränderte den Alkoholverbrauch, und mit jeder weiteren Einwandererwelle, besonders nach dem Ende des Sezessionskrieges, wurde die US-Gesellschaft in ihrem Bestreben, den Umgang mit Alkohol zu kontrollieren, erneut herausgefordert. Die Deutschen traten nur selten als Sturztrinker in Erscheinung, sie konsumierten in ihrer neuen Heimat hauptsächlich Bier. Dort, wo die Einwanderer aus den deutschsprachigen Ländern siedelten, blühte die Brauindustrie auf. Sie führte ein neues Produkt in den Markt ein, das Lagerbier. Durch die Masseneinwanderung von Deutschen verdreifachte sich zwischen 1860 und 1880 der Bierkonsum; Bier war um 1890 dabei, Whiskey als das bis dahin beliebteste alkoholische Getränk abzulösen. Lagerbier hatte einen Alkoholgehalt zwischen drei und neun Prozent und war daher kaum für jenes Sturztrinken geeignet, das die irischen Elendsflüchtlinge vorexerzierten (Lender/Martin 1982: 58ff.).

Letztere stammten überwiegend aus dem westlichen Irland, dem Zentrum der Hungersnot der Jahre ab 1846. In den gälischen Elendsgebieten hatte sich exzessives Trinken etabliert, das hauptsächlich junge, ledige Männer ohne Besitz und Arbeit betrieben. In den USA verstärkten sich die Rituale der irischen Männerbünde noch weiter: Mehr Geld zum Erwerb von Spirituosen war vorhanden und das noch exzessivere Trinken stärkte Zusammenhalt und irische Identität. Ähnliche Trinkgewohnheiten sollten die nach 1880 ins Land strömenden Osteuropäer und Skandinavier pflegen. Letztere verfügten allerdings über eine eigene prohibitionistische Tradition. Schließlich kamen nach 1880 Millionen von Südeuropäern und russischen Juden in die USA. Beide kannten Alkohol vor allem als Wein, der in nur mäßigen Mengen zu den Mahlzeiten getrunken wurde. Italiener, Juden, Deutsche und generell alle Katholiken waren durch ihre Trinktraditionen Verbündete der Temperenzler. Die Totalprohibition wurde dagegen von den Protestanten und den in den USA Geborenen favorisiert. Überhaupt hatte der Kampf um den Alkohol einen nativistischen Beigeschmack (Burnham 1993: 59f.). Dazu trug bei, dass viele Neueinwanderer große Teile ihres Lohnes vertranken, etwa in den Kneipenvierteln der Städte, den *Skid Rows*, die nach dem Bürgerkrieg entstanden waren. Dort wurde billiger Alkohol in einfachen Bretterbuden oder primitiven Gaststätten angeboten. Sie wiederum waren eine Folge der Prohibitionsbewegung, denn diese erschwerte die Ausbildung einer mäßigend wirkenden Kneipenkultur etwa nach deutschem Vorbild (Powers 1991: 124f.).

Allerdings tranken auch viele der in den USA Geborenen kräftig weiter: zu Hause, während oder nach den Mahlzeiten, in Bars und zum Business-Lunch. Die Amerikaner lernten damals, Cocktails zu mixen, Mischungen aus hartem Alkohol mit alkohollosen Säften oder Sirup. Cocktails wurden besonders in den 1880er Jahren beliebt, vielleicht weil man so den Alkoholgrad seines Getränks verschleiern konnte. Um 1900 kannten Standardkochbücher bis zu 50 verschiedene Varianten. Cocktails waren ein fester Bestandteil der Trinkkultur der Wohlhabenden geworden. Letztere liebten zudem den Genuss von edlen europäischen Weinen oder Bränden in luxuriösem Ambiente. Für die Mittelschicht gab es entsprechende Lokale, in denen jedoch wie in den teuren Gaststätten eines nicht mehr stattfinden durfte: sich wirklich zu betrinken. Für die oberen Segmente der Gesellschaft war das Sturztrinken unakzeptabel geworden. Man konsumierte – in der Öffentlichkeit – mäßig und hauptsächlich, um in guter Gesellschaft zu entspannen oder Geschäfte zu machen. Genau dieses Verhalten war der Prohibitionsbewegung jedoch ein Dorn im Auge, galt doch das schlechte Vorbild der Oberschicht als ein wichtiges Vehikel zur Verbreitung der echten Alkoholkrankheit. Für sie standen die jeweiligen Stereotype Westerner, Deutsche, Iren und verarmte Trunkenbolde (Lender/Martin 1982: 102).

Es war mithin ein ganzes Bündel von Problemlagen und nicht allein eine moralinsaure Ausrichtung der USA, das nach dem Sezessionskrieg wieder die Alkoholfrage auf die Tagesordnung setzte. In den 1880er Jahren experimentierten in Massachusetts die Gemeinden mit Regelungen, den Alkoholausschank einzuschränken. Im industrialisierten Nordosten waren die Probleme gravierend, weil hier die Neueinwanderer auf eine stark irisch geprägte Bevölkerung trafen. Diese neigte ohnehin dem exzessiven Genuss zu. Die Debatte um die sozialen, gesundheitlichen und ordnungspolitischen Folgen des Alkohols wurde in Massachusetts nur selten unter moralischen Vorzeichen geführt. Man stützte sich eher auf wissenschaftliche Studien. Temperenz und Prohibition waren Lösungsangebote für komplexe gesellschaftspolitische Fragestellungen, die sich aus dem sozialen Wandel ergaben. Sie nur als Versuche zu einer überkommenen Moralpolitik zu verstehen, greift viel zu kurz. Allein für Massachusetts nennen Babor und Rosenkrantz 13 große Enqueten zum Alkoholgenuss und dessen gesundheitlichen und sozialen Folgen (Babor/Rosenkrantz 1991: 268–269).

Interessanterweise vollzog sich der Übergang der Prohibitions- zur Massenbewegung nicht in jenen Gebieten, die vom Alkohol am stärksten

bedroht waren, also weder in den Industriezentren des Ostens noch im nur unzureichend staatlich kontrollierten Westen. Die Prohibitionsbewegung formierte sich in den Klein- und Mittelstädten Neu-Englands, New Yorks und des Mittleren Westens. Die Abstinenz motivierte dort Millionen zu umfassender Lebensreform. Sie fanden im Kampf gegen den Alkohol neue Leitlinien für ihr Alltagsleben. Auf Unterstützung stieß dies bei der Elite: Ärzte betonten die Bedeutung der Enthaltsamkeit zur Vermeidung von Krankheiten, Unternehmer nutzten Abstinenz, um ihren eigenen Erfolg plausibel zu machen. Frauen sahen im Trinken ihrer Männer die Ursachen ihrer Eheprobleme; dabei entdeckten sie bei den Konflikten um Eigentum und Sorgerechte mit saufenden Ehepartnern, wie wenig sie rechtlich mit den Männern gleichgestellt waren. Die Prohibitionsbewegung verband sich so mit Forderungen nach Emanzipation und Wahlrecht. Jeder, der einmal erlebt hatte, wie Alkohol ganze Familien ruinierte, konnte im Trinken seine jeweils eigene Erklärung dafür finden, warum es überhaupt soziale Not, gesundheitlichen Verfall und politische Unkorrektheit gab.

Schon in den 1860er Jahren hatte es in Illinois, Michigan, Massachusetts und Ohio immer wieder sogenannte *Pray-Ins* gegeben. Frauen, oft solche von alkoholkranken Männern, waren – angeführt von Predigern – zu den örtlichen Bars gezogen. Dort hatten sie öffentlich gebetet und ihre anwesenden Ehemänner oder Söhne so gezwungen, zumindest während der Gebete das Trinken einzustellen. Ende des Jahres 1873 jedoch erreichten die *Pray-Ins*, ausgehend von Ereignissen in Hillsboro, Ohio, eine neue Dimension. Nach einer Predigt des Arztes und Lebensreformers Dr. Diocletion Lewis bildete sich eine Gruppe aus den Frauen des Ortes heraus. Die Führung übernahm Eliza Jane Thompson (1827–1879), eine erfahrene Aktivistin aus der lokalen Oberschicht. Die Frauen beschlossen, nicht mehr auseinanderzugehen, bis sie ihr Ziel erreicht hatten – ein alkoholfreies Hillsboro. Symbolträchtig führte Thompson zu Heiligabend 1873 ungefähr 70 Frauen durch die Stadt. Am folgenden, ersten Weihnachtstag weitete die Gruppe ihre Aktivitäten aus. Die Frauen knieten überall dort zum Gebet nieder, wo Alkohol angeboten wurde: vor Hotels, Kneipen und Geschäften (Lender/Martin 1982: 88ff.).

Die Aktionen der Frauen um Thompson dauerten bis Juni 1874. Bis dahin hatten sie erreicht, dass bis auf einen einzigen alle Kaufleute des Ortes freiwillig auf den Verkauf von Alkohol verzichteten. Wichtiger noch war die rasche Ausbreitung der Bewegung. Auch andernorts nahmen insbesondere die Frauen aus der Oberschicht nun ebenfalls die Bibeln in die

Hand, um jene Lokalitäten zu belagern, die Alkohol anboten. Dabei kam es zu Wortgefechten und Raufereien. Die *Prayings Bands* blieben jedoch in den meisten Fällen standhaft. Sie verlangten polizeilichen Schutz vor aufgebrachten Barbesitzern oder Trinkern und die Durchsetzung der Gesetze zum lizenzierten Alkoholverkauf. Erreicht wurden tränenreiche Bekehrungen starker Trinker und öffentliche Gelöbnisse, Verkauf beziehungsweise Konsum ganz einzustellen oder zu mäßigen. Die Bewegung nahm den Charakter eines *Woman's Crusade* an und ab der zweiten Hälfte des Jahres 1874 wurden viele neue Temperenzvereine gegründet. Sie schlossen sich schon im Dezember in Cleveland unter Führung von *Mother* Thompson zur *Woman's Christian Temperence Union* zusammen. Diese WCTU entwickelte sich rasch zu einer national wie international einflussreichen Organisation. Die von Hillsboro ausgehenden Ereignisse und die Gründung der WCTU waren Meilensteine. Oft wurde der Kampf gegen den Alkohol sogar als Fortsetzung desjenigen gegen die Sklaverei verstanden. Der Prohibitionismus erlangte so die Aufgabe, die US-Gesellschaft von einer weiteren Knechtschaft, der Abhängigkeit vom Alkohol, zu erlösen (Tyrell 1991).

Damit ist ein wichtiges Motiv für das Engagement von Frauen für die Prohibition angesprochen. Die Gesellschaft war damals entlang von Geschlechterrollen differenziert: Ehefrauen waren im Prinzip für Haushalt, Kindererziehung und die Einbindung der Familie in Kirche und Nachbarschaft zuständig. Frauen waren die Garantinnen der privaten und öffentlichen Moral. Diese – verglichen mit dem zeitgenössischen Europa – hohe soziale Stellung der Frauen war nur solange gesichert, wie sich die Ehemänner an bestimmte Regeln hielten. Ein Trinker konnte Wohlstand und Ansehen seiner Familie ruinieren. Alle Frauen, nicht nur moralinsaure Spießerinnen, hatten daher gute Gründe, den Alkohol zu hassen. Überhaupt hatte die Prohibition eine zukunftsweisende Bedeutung: Sie war die erste öffentliche Mobilisierung, die Frauen in den Mittelpunkt stellte.

Die Prohibitionsbewegung erreichte schon bald die Großstädte, wo der Kampf gegen den Alkohol sein wichtigstes Symbol erhielt, den Saloon. Er verkörperte alle die Prohibition motivierenden Gefahren für Moral und Gesundheit. Und in der Tat waren viele Kneipen in den Großstädten üble Spelunken. Sie dienten als Treffpunkte, wo nicht nur in den Augen der Reformbewegung zahlreiche Bedrohungen zusammentrafen: Alkoholkranke, Kriminelle, Prostituierte (damit Geschlechtskrankheiten), Spieler und korrupte Politiker. Die Kneipen bildeten Zonen, in denen republikani-

sche Tugenden durch eine auf Alkohol zentrierte Gegenkultur herausgefordert wurden. Dazu gehörte die Förderung des Verbrauchs, denn besonders die Brauereien lieferten sich im Saloon einen scharfen Wettbewerb. Runden von Freibier sollten die Trinkbereitschaft erhöhen, selbst an Minderjährige wurde Schnaps umsonst abgegeben. Absatz und Werbung der Alkoholindustrie professionalisierten und kommerzialisierten sich. Brauereien, Brennereien und Inhaber großer Gaststätten besaßen die finanziellen Mittel, um der WCTU entgegenzutreten. Zahlreiche Unterstützer unter den vorwiegend männlichen Barbesuchern hatten sie ohnehin (Burnham 1993: 53ff.).

Für die Prohibition sprachen vor dem Ausbruch des Ersten Weltkrieges immer weitere Argumente: In der in ihren Abläufen komplexer werdenden Industrieproduktion stellte ein betrunkener Arbeiter ein Sicherheitsrisiko dar. Gleiches galt für den Straßenverkehr, denn in den USA waren schon vor 1914 Millionen von Autos zugelassen. Überhaupt schien der Alkohol jener Beschleunigung der menschlichen Welt entgegenzustehen, die sich mit dem Industrialismus verband. Großindustrielle wie John D. Rockefeller und Henry Ford wurden zu Prohibitionisten. Senator Henry Blair (1834–1920), ein prominenter Verfechter der Prohibition, beschwor sogar eine Zukunft herauf, in der zwei Typen von Völkern um den globalen Endsieg ringen würden – trinkende und abstinente (Blair 1888).

Nach 1880 bildete sich daher um die Prohibition ein neo-republikanisches Reformprogramm heraus. Es zielte auf allgemeine Reformen in Sozialwesen, Bildung, Gesundheit, Wahl- und Steuerrecht. An der Spitze stand die WCTU; sie erweiterte zwischen 1879 und 1898 unter ihrer Präsidentin Frances Willard den Tätigkeitsbereich. Der Verband versammelte zahlreiche Reformer, von Gesundheitsaposteln über Suffragetten bis zu Sozialarbeitern. Zugleich baute die WCTU Untergliederungen auf: *Science Temperance Instruction* kümmerte sich um den Schulunterricht. Andere Abteilungen klärten über Opium auf, versuchten, *Good Citizenship* bei Afro-Amerikanern und Indianern durchzusetzen, oder bemühten sich um *Social Purity*, den Kampf gegen sexuelle Ausbeutung und Unterdrückung der Frau. Im Jahre 1884 hatte Papst Leo XIII. die Katholiken aufgefordert, keine Kneipen zu betreiben. Seinen Vorstoß griff der Klerus der USA auf; die Anpassung an US-Trinksitten sollte die Integration der Katholiken erleichtern (Ireland 1894).

Aber die Temperenzbewegung behielt auch ihre gesundheitliche Ausrichtung bei. Sie befasste sich intensiv mit den direkten Opfern des Alko-

hols, den schweren Trinkern. Dabei war eine Abkehr von religiösen hin zu medizinischen Therapien zu beobachten. Am Anfang standen noch traditionelle Konzepte, um mit der Bibel in der Hand Umkehr zu bewirken. So suchten die Aktivistinnen der WCTU Trunkenbolde auf: zu Hause, in Krankenhäusern, im Gefängnis, in Saloons und selbst am Arbeitsplatz. Mit Predigten, Gebeten und Gesängen sollten Trinker bekehrt werden. Daraus entwickelten sich Reformclubs, in denen Alkoholiker oder Gefährdete zusammenkamen, um gemeinsam mit Gottes Hilfe zu versuchen, ihrer Sucht zu entkommen. Zudem arbeitete die WCTU mit sozialen Bewegungen zusammen, die auf die Fürsorge für Alkoholkranke setzten wie das *White Ribbon Movement* von J. D. Osgood, das *Red Ribbon Movement* von Henry Reynolds und die Reformclubs von Frances Murphy. Genaue Angaben über die Heilungserfolge von Schwerkranken lassen sich heute jedoch nicht mehr ermitteln.

Allerdings hatte die Bekämpfung der Sucht in den Clubs einen öffentlichen Charakter. Dies machte die Teilnahme von Frauen unmöglich, denn in einer viktorianisch geprägten Gesellschaft war eine Alkoholkranke eine Unperson. Sie konnte ihre Sucht nur heimlich ausüben; erst wenn sie schwer alkoholkrank waren, wurden Frauen überhaupt auffällig und für eine Behandlung ermittelbar. Therapiert wurden sie seit den 1880er Jahren zumeist in auf Entzug spezialisierten Kliniken. Selbst dort hatten es Frauen jedoch schwer. Sie galten nach ärztlicher Einschätzung oft als kaum noch behandelbar; unter anderem, weil Frauen – tatsächlich schneller alkoholkrank als Männer – zumeist erst im Endstadium der Krankheit eingewiesen wurden. Um 1900 galten nach damaligen Studien nur 29 Prozent der behandelten Frauen als geheilt, gegenüber einer Erfolgsquote von 44 Prozent bei Männern. Hospitalisierte Frauen hatten schwere Komplikationen zu erwarten: Bei 35 Prozent von ihnen kam es zum *Korsakoff-Syndrom*, Funktionsstörungen des Gehirns, bei Männern waren es nur 14 Prozent. Mehr als doppelt so viele der im Krankenhaus behandelten Frauen starben damals am Alkoholismus, 15 gegenüber sieben Prozent der Männer (Lender/Martin 1982: 118).

Die Behandlung der Alkoholsucht war zunächst eher die Aufgabe fragwürdiger Therapien, wie etwa der Keeley-Kur. Ihr Erfinder Dr. Leslie Keeley (1836–1900) verkündete 1880, eine Heilmethode für Alkoholkranke entdeckt zu haben, nämlich eine Kur durch doppeltes Goldchlorid. Pharmakologisch war eine solche Substanz unbekannt, wahrscheinlich bestand das Wundermittel aus Gold und Salz, vermischt mit Heilkräutern. Keeley

begriff Alkoholismus im Einklang mit der damaligen seriösen Forschung als Krankheit der Nervenzellen. Für seine Geschäftsidee erhielt Keeley aber sicher zu Recht von der *American Association for the Cure of Inebriates* den Ehrentitel eines Quacksalbers. Denn Keeley behauptete, seine Mischung würde die erkrankten Nervenzellen wieder auf den Pfad der Normalität zurückführen. Keeley bot stationäre und ambulante Therapien an, in Spritzen- oder in Tablettenform. Die *Keeley League* führte auf der Weltausstellung von 1893 einen *Keeley Day* durch. Später organisierten sich selbst die Frauen der mit Goldchlorid behandelten Alkoholopfer – als *Ladies' Bichloride of Gold Club*. Bis 1918 hatten sich rund 400.000 Menschen der Goldkur unterzogen, dann brach die Bewegung zusammen. Zu offenkundig wurde die Fragwürdigkeit dieses vermeintlichen Wundermittels (zur Debatte siehe schon Keeley 1891a; Keeley 1891b).

Auch die Schulmedizin debattierte nach dem Sezessionskrieg intensiv über die Schädlichkeit des Alkohols. Dabei bestätigten sich bis etwa 1900 jene Theorien, die schon Benjamin Rush vertreten hatte. Er hatte die gesamte internationale Debatte über den Alkohol und dessen Protagonisten beeinflusst, etwa den für Europa so bedeutsamen Moskauer Arzt Carl von Brühl-Cramer. Letzterer überführte den Alkoholismus aus dem moralischen in einen rein pathologischen Kontext: Die Trunksucht wurde zu einer Krankheit, die eine bestimmte Pathologie, Ätiologie und Symptomatologie besaß. Sie war somit im Grundsatz nur durch medizinische Intervention zu heilen (Brühl-Cramer 1819). Diese Medikalisierung setzte sich vor der Jahrhundertwende in den USA durch; sie war für die Betroffenen ein durchaus ambivalenter Fortschritt: Einerseits wurden Trinker so vom Stigma moralischen Versagens entlastet. Dies konnte ihre Lage verbessern und ihre Chancen auf Heilung und soziale Rehabilitation erhöhen. Andererseits *medikalisierten* sich dadurch auch die Heilverfahren, denn sie beruhten seitdem auf hartem Entzug in Spezialkliniken. Deutlich wird dies bei dem Pionier der medizinischen Behandlung von Alkoholikern überhaupt: Joseph E. Turner setzte in den USA die Therapie von Süchtigen in geschlossenen Anstalten durch. Obwohl sich sein Trinkerasyl in Binghampton, New York, als Fehlschlag erwies, inspirierte Turner die Gründung von über 50 ähnlichen Einrichtungen, die allein bis 1899 in den USA entstanden. Zu den Schülern von Turner gehörten Joseph W. Parrish und Willard Parker, die 1870 eine erste Fachorganisation, die *American Association for the Cure of Inebriates*, gegründet hatten. Eine Folge ihres Wirkens war, dass sich viele Mediziner dem Kampf für ein generelles Alkoholverbot

anschlossen. Dazu entfalteten sie eine intensive, auf medizinischem Wissen beruhende Publizistik. Diese Intervention der Schulmedizin war als Faktor für den Erfolg der Prohibition kaum zu überschätzen, besonders als sich nach der Jahrhundertwende selbst die *American Medical Association* (AMA) auf ein Totalverbot festlegte.

Zwar betrachtete man die Alkoholfrage nicht ausschließlich als Bedrohung der menschlichen Gesundheit. Aber seit Rush hatte der Kampf gegen den Alkohol immer einen gesundheitlich präventiven Grundzug besessen. Erwiesen hatte sich, wie schwierig die Abhängigkeit zu heilen war, selbst durch ärztlich überwachten Radikalentzug. Die Misserfolge der Therapien gingen mit einer weiteren Verstärkung der medizinischen Bedenken einher; dies war ein zusätzlicher Faktor dafür, dass sich der Schwerpunkt der Reformbewegung in den 1890er Jahren ganz von der Temperenz zur Abstinenz verschob. Letztere sollte nun per Gesetz, durch ein nationsweites Verbot von Produktion und Verkauf, durchgesetzt werden. Dies ging mit dem Aufstieg des Progressivismus einher, einer nach europäischen Begriffen linksliberalen Bewegung. Viele der urban und modernistisch orientierten Progressiven sahen die Prohibition als unverzichtbaren Teil einer neorepublikanischen Gesellschafts- und Lebensreform an. Der Kampf gegen Armut, Krankheit und Korruption, die den Reformen im Wege standen, wäre nur zu gewinnen, wenn der Alkoholkonsum unterbunden und die Lasterhöhlen der Großstadt, die Saloons, geschlossen würden. Dem schlossen sich wichtige Zeitungen wie *Nation* und die gesamte Presse des Hearst-Konzerns an. Selbst Schriftsteller wie Jack London glaubten, künftige, alkoholfreie Gesellschaften würden ein besseres Leben ermöglichen. (Weibliche) Banden um die radikale *Carry Nation* zogen seit 1899 durch das Land, zerschlugen Fässer und Flaschen in Shops und Saloons und zertrümmerten deren Mobiliar (Lender/Martin 1982: 126f.).

Eine der Leistungen der Prohibitionisten bestand darin, die vielfältigen Alkoholgegner in einer Massenorganisation zusammenzuschließen. Dies wurde die Aufgabe der *Anti-Saloon-League*, ein Werk von Reverend Dr. Howard Hyde Russell (1855–1946), die wiederum von Ohio aus im Jahre 1893 ihren Anfang nahm. Die von Russell entwickelte Strategie sah vor, Einfluss zunächst auf lokale Wahlen zu nehmen. Die *League* unterstützte deshalb jene Politiker, die bereit waren, im jeweiligen County den Verkauf von Trinkalkohol zu unterbinden. Mit der Ausbreitung der Prohibition von County zu County wandelte sich die Liga zu einer Organisation, die für die Prohibition mehr als nur Wählerstimmen mobilisierte. Sie stellte ihren

Kandidaten eine ganze Infrastruktur von Rednern, Helfern und Geldern bereit. Bereits 1895 war ein nationaler Verband gegründet worden, kurz nach 1900 befand sich die *League* auf dem Höhepunkt ihrer Macht. Die Publikationsmaschinerie der *League* verteilte Millionen von Druckschriften unter die Amerikaner. Darin wurden die jeweils neuesten wissenschaftlichen Forschungsergebnisse oder gesellschaftspolitischen Argumente für die Prohibition wiedergegeben.

Die *Anti-Saloon-League* sollte schließlich die Prohibition von Trinkalkohol im gesamten Bundesgebiet durchsetzen. Dies war ein Vorgang, der auf lokaler und einzelstaatlicher Ebene einen Vorlauf von gut 20 Jahren hatte. Der Fokus auf die nationale Regelung hat lange verstellt, dass in den USA um 1903 bereits über ein Viertel der Bevölkerung in Bundesstaaten oder Countys lebte, in denen gesetzliche Verbote galten. Um 1913 betraf dies bereits über die Hälfte der Amerikaner (Hutchinson 1991). Außerdem kam es schon vor 1917 zu bundesstaatlichen Regelungen: Seit 1913 verbot der *Webb-Kenyon-Act* den Transport von Trinkalkohol aus »trockenen« in »feuchte« Gebiete. Als 1916 zahlreiche Prohibitionisten in das Abgeordnetenhaus und den Senat gewählt wurden, war ein nationsweites Verbot nicht mehr aufzuhalten. Auch bedingt durch die öffentliche Stimmung nach dem Kriegseintritt, als es zu anti-deutschen Ausschreitungen gekommen war, wurde das Achtzehnte Amendment zur Bundesverfassung im Dezember 1917 vom US-Kongress gebilligt (Meier 1994: 135ff.).

Das Amendment selbst war ein unkompliziertes Gesetz. Es bestimmte in Sektion 1 ein vollständiges Verkehrsverbot für *intoxicating liquors*, die für Trinkzwecke bestimmt waren. Allein in dieser Formulierung wurden nochmals die gesundheitlichen Motive der Prohibition deutlich. Sektion 2 garantierte sowohl dem US-Kongress als auch den Einzelstaaten konkurrierendes Recht, um den Vollzug der Regelungen durchzusetzen. Die Bestimmungen wurden freilich durch Sektion 3 für sieben Jahre außer Kraft gesetzt, um die Übertragung der Kompetenzen von den Staatsparlamenten auf den US-Kongress sicherzustellen. Schon am 16. Januar 1919 hatte der 36. Staat der USA das Achtzehnte Amendment ratifiziert, damit wurde es genau ein Jahr später geltendes Recht. Nur die Parlamente von Connecticut und Rhode Island verweigerten die Ratifizierung. Das Prohibitionsgesetz wurde bald *Volstead Act* genannt, nach Andrew Volstead (1860–1947), einem Abgeordneten aus Minnesota, der das Gesetz in den Kongress eingebracht hatte. Entworfen worden war es von Wayne Wheeler (1869–1927), einem Mitglied des Exekutivkomitees der *Anti-Saloon-League*. Das

Gesetz und die nachfolgenden Regelungen führten in den USA eine harte prohibitive Linie ein. Selbst Wein oder Bier mit niedrigem Alkoholgehalt blieben nicht ausgenommen, wie etwa moderate Anhänger der Prohibition gehofft hatten. Eine Ausnahme blieb der sogenannte medizinische Alkohol, den sich Personen, die sich zu ihrer Abhängigkeit bekannten, von einem Arzt verschreiben lassen durften. Damit fand die Medikalisierung des Alkoholproblems durch die Prohibitionsgesetze selbst einen gewissen Abschluss.

Auf dem Höhepunkt der Weltwirtschaftskrise wurde die Alkoholprohibition bereits nach gut einem Jahrzehnt wieder abgeschafft. Im März 1933 verabschiedete der US-Kongress nach jahrelangen Debatten das Einundzwanzigste Amendment – nichts als einen Widerruf des Achtzehnten Amendments. Bis zum Dezember 1933 hatten bereits 33 Bundesstaaten die Verfassungsänderung, die Abschaffung der Prohibition, ratifiziert. Am Morgen des 5. Dezember stimmten Ohio und Pennsylvania für das Amendment, später am Tag schloss sich der Bundesstaat Utah an. Abends gegen 19 Uhr unterzeichnete US-Präsident Franklin D. Roosevelt eine Erklärung, die das nationsweite Alkoholverbot rückgängig machte. In einer Ansprache rief Roosevelt zur Vorsicht beim Umgang mit Alkohol auf und warnte vor dem erneuten Abgleiten in eine nationale Kultur des Sturztrinkens. Nochmals bekundete er die eigentlichen Ziele der Verfassungsänderung: Kampf gegen den illegalen Handel und Akzentuierung der persönlichen Freiheit. Allerdings war zunächst keineswegs an eine vollständige Aufhebung der Prohibition gedacht: Das Einundzwanzigste Amendment erlaubte nur den Verkauf von Wein mit niedrigem Alkoholgehalt und von Leichtbier mit nicht mehr als 3,2 Prozent Alkohol (Behr 1996: 143).

Es kam keineswegs zu jener oft kolportierten Orgie, mit der das Ende der Prohibitionszeit angeblich in den neu eröffnenden Bars gefeiert wurde. Die Befürworter der Legalisierung in der *Association against the Prohibition Amendment* (AAPA), aber auch die Temperenzler, reagierten eher zurückhaltend. Dennoch bedeutete das Ende der Prohibition mehr als nur die Abschaffung eines realitätsfremden oder schlecht gemachten Gesetzes. Das Scheitern des *Volstead Acts* verwies auf einen tiefen Wandel in der amerikanischen Gesellschaft nach dem Ersten Weltkrieg. Eine gängige These, wonach die Prohibition abgeschafft wurde, weil sie nicht durchsetzbar gewesen war, greift somit zu kurz.

Schon bald setzte eine Debatte über das Scheitern der Prohibition ein. Sie war von jenen skeptischen Stimmen geprägt, die sich in der Verbotszeit

selbst gehäuft hatten (so besonders Darrow/Yarros 1927). Auch die ersten historischen Analysen waren von der These eines notwendig scheiternden Gesetzes überzeugt (Blocker 1976; Engelmann 1979). Dennoch gab es während des Alkoholverbotes beziehungsweise in der historischen Nachbetrachtung Stimmen, welche die Erfolge der Prohibition hervorhoben, besonders mit Verweis auf einen Rückgang alkoholbedingter Gesundheitsschäden. Denn die Argumentation der Prohibitionisten nach 1920 bezog sich vorrangig auf gesundheitspolitische Argumente. Sie verwiesen immer wieder auf den Rückgang von Hospitalisierten, Psychotikern und anderen durch Alkohol Erkrankten (Fisher 1930). Vor allem reduzierte sich die Mortalität durch Leberzirrhose. Wohlfahrtsverbände hoben ebenfalls die positiven Wirkungen der Gesetze hervor (Booth 1928). Selbst Studien, welche die AAPA finanziert hatte, kamen in Bezug auf die Gesundheit zu ähnlichen Ergebnissen. Niemand konnte ernsthaft bestreiten, dass die Prohibition positive Wirkungen gezeitigt hatte. Nach dem Verbot lag der Alkoholverbrauch bis zur Hälfte unter dem der Jahre zuvor (so Bruere 1927; Warburton 1932).

Die Prohibition erhöhte das Interesse an alkoholfreien Getränken. Sie wurden durch Abstinenzler wie die Präsidentin der WCTU, Ella Boole, publik gemacht. Seit den 1920er Jahren nahm in den USA der Konsum von Kaffee, Orangensäften und Coca-Cola zu. Bei Limonaden bestand allerdings der Verdacht, dass sie als Geschmacksträger für Mischungen mit Spirituosen herhielten. Dies galt nicht für Milch: Hier nahm der Durchschnittsverbrauch von 1917 bis 1930 von 34 auf 49 Gallonen pro Person im Jahr zu (Boole 1929: 32). In der Prohibitionszeit stagnierte aber nicht allein der Alkoholkonsum, der Verbrauch dehnte sich ebenso wenig in die bis dahin abstinente Bevölkerung aus. Nach 1920 waren Massenbesäufnisse unter Studenten selten. Die niedrigere Prävalenz war eine Folge der hohen Preise auf dem Schwarzmarkt. Bier wurde 1918 noch für rund elf Dollar pro Barrel (etwa 120 Liter) an die Verbraucher abgegeben, 1930 kostete es mehr als 160 Dollar. Die Preissteigerungen beim Bier hatten jedoch negative Auswirkungen. In der Prohibitionszeit setzten sich wieder die Spirituosen durch. Um 1919 tranken die Amerikaner in reinen Alkohol umgerechnet mehr Bier als Schnaps, im Verhältnis 55 zu 37 Prozent. Durch die Prohibition kehrte sich das Verhältnis wieder um. Als Massengut passte Bier nicht so gut in den Schwarzmarkt wie Hochprozentiges. Letzteres machte in den 1920er Jahren geschätzte 75 Prozent des illegalen Konsums aus (Lender/Martin 1982: 145f.).

Aber die Prohibition wirkte auch nicht gänzlich einschneidend auf den Verbrauch (Meier 1994: 140–148). Viele Stadtbewohner hatten sich, als sich das nationale Verbot abzeichnete, gewaltige Vorräte zugelegt. In Kellern oder auf Dachböden lagerten Wein und Spirituosen in großen Mengen. Solange man sie nicht veräußerte, war dies strafrechtlich belanglos. Berühmt-berüchtigt wurden die Verhältnisse in Chicago: Die Stadt war schon vor 1920 ein Zentrum für illegale Bars, Glücksspiel und Prostitution gewesen. Nach dem Verbot erwarben Personen wie *Big Jim* Colosimo (1878–1920) und Johnny Torrio (1882–1957) mit schwarz gebrautem Bier ein Vermögen. Torrio brachte auch Al Capone (1899–1947) nach Chicago, er verdiente auf dem Höhepunkt seines Erfolgs mit Alkohol, Prostitution und Hehlerei jährlich Millionen von Dollars. Wahrscheinlich standen damals über 1.000 Personen auf seiner Gehaltsliste: Gewalttäter, die er für den Konkurrenzkampf mit anderen Unternehmen seiner Branche benötigte, ebenso wie Polizisten und andere Amtsträger. Sie wurden als mögliche Geschäftshindernisse aufgekauft. Während der 13-jährigen Prohibitionszeit gab es daher in Chicago niemals Mangel an Alkohol. Andere »feuchte« Hochburgen waren Boston, New York, Philadelphia und Detroit. Außerdem handhabten die Bundesstaaten die Alkoholkontrolle mit unterschiedlicher Stringenz. Neben den illegalen Brauereien und Brennereien waren weitere Versorgungswege vorhanden, da zum Beispiel die Erzeugung von medizinischem Alkohol erlaubt blieb. Dadurch konnten große Mengen aus der legalen Produktion durch angebliche Diebstähle in dunkle Kanäle umgelenkt werden. Eine weitere Quelle war der Schmuggel über die Grenzen, per Land- oder Luftweg aus Kanada oder Mexiko, vor allem aber über den Seeweg.

Die zahlreichen Möglichkeiten, die Gesetze zu umgehen, sollten nicht den Blick auf die vielen positiven Wirkungen der Prohibition verdecken. So waren deren Anhänger generell zufrieden mit den Resultaten. Viele von ihnen waren ohnehin Realisten, die nicht daran glaubten, allen Bürgern über Nacht Abstinenz verordnen zu können. Diese sollte sich langfristig einstellen, als Folge sich allmählich verschärfender Maßnahmen oder als Ergebnis des Schulunterrichts. Als realistisches Ziel galt für viele Prohibitionisten daher die Jahrtausendwende. Die langfristige Perspektive spiegelte sich in den wenigen konkreten Maßnahmen, die man ab 1919 einleitete. Zuständig wurde zunächst die *Prohibition Unit*, eine Abteilung des Schatzministeriums. Kaum mehr als 1.500 Bundesagenten sollten die Trinkgewohnheiten von Millionen verändern, genauer, sie waren für die Bekämp-

fung von illegaler Produktion, Transport, Verkauf, Im- und Export verantwortlich. Die Bundesbehörde erhielt kaum Unterstützung von den Einzelstaaten. Der Bundesstaat New York etwa widerrief im Jahre 1923 seine ohnehin rudimentäre Gesetzgebung. Dort weigerten sich viele Jurys, selbst die eklatantesten Straftäter schuldig zu sprechen. Maryland erließ niemals ein staatliches Durchführungsgesetz. Nevada, Utah und Missouri gaben in ihren Staatshaushalten nie mehr als 1.000 Dollar jährlich für den Kampf gegen den Alkohol aus!

Die Prohibition stieß auf stärkere Widerstände, als man zunächst erwartet hatte. So flachte die progressive Bewegung ab, weil viele Reformvorhaben durchgesetzt worden waren. Die kollektiven Ängste, welche mitverantwortlich für den Erfolg der Prohibitionsbewegung gewesen waren, schwächten sich ab: 1928 konnten die Demokraten mit Alfred E. Smith (1873–1944) einen Kandidaten für die Präsidentschaft nominieren, der katholisch, »feucht« und urban geprägt war. Smith verlor zwar deutlich gegen Herbert Hoover, seine Kandidatur zeigte aber, wie rasch die Alkoholfrage aus dem öffentlichen Interesse verschwunden war. Dazu trug wiederum die Prohibition selbst bei: Der Alkoholismus zeigte sich nun nicht mehr offen – er dominierte in Wohn- und Wartezimmern und in der Heimlichkeit der *Speakeasys*. Derartiges hatten die Abstinenzler stets gefürchtet. Periodisch erinnerten sie daher in der Prohibitionszeit an die schrecklichen früheren Zustände (Gordon 1930). Die Kandidatur von Alfred E. Smith war noch in anderer Sicht aufschlussreich: In den USA verringerte sich offenbar der Konformitätsdruck, den die weißen, angelsächsischen Protestanten ausüben konnten. Katholiken, Juden und generell nicht-britische Europäer wurden bedeutsamer, die Frauenrollen wandelten sich, und schwarze Amerikaner zogen in Massen in die Städte des Nordens. Die US-Gesellschaft wurde durch einen neuartigen Pluralismus geprägt, zu dem eine bis dahin unbekannte Massenkultur gehörte. Konsum und Lebensstil begannen, sich an individuellen Vorlieben auszurichten. Dies galt selbst für den illegalen Genuss von Alkohol, denn der verbotene Stoff war alles andere als preiswert. Paradoxerweise wurde der Konsum, etwa unter Studenten, zu einem Zeichen des Wohlstandes (Lender/Martin 1982: 153).

Dieser Individualismus drang bis in die Gerichtsverhandlungen vor: Rechtsanwälte wie Clarence Darrow konnten bei der Verteidigung von Delinquenten die persönliche Freiheit ins Feld führen, sich jeweils für oder gegen den Genuss von Alkohol zu entscheiden. Diese Sicht vertrat die

oben bereits erwähnte AAPA, die der pensionierte Marineoffizier William H. Strayton (1861–1953) 1918 gegründet hatte. Strayton war ein strammer Konservativer, der gegen alles wetterte, was die progressive Reformära mit sich gebracht hatte: die Beschränkung der Freiheiten von Einzelstaaten und Großunternehmen sowie Eingriffe in das Leben der Bürger. Ein Staat, der das Trinken verbot, wäre noch zu ganz anderen Attacken auf die persönliche Freiheit fähig. Und dies war der Kern der Kritik am *Volstead Act*: Die Prohibition mochte in gesundheitlicher Hinsicht erfolgreich wirken, sie schüfe gleichwohl ein gefährliches Präjudiz für staatliche Eingriffe. Hinzu kam die auffällige Erosion innerhalb des Lagers der Prohibitionisten selbst. Sie waren ein Bündnis verschiedenster Gruppen gewesen, die nur durch die Alkoholfrage zusammengehalten wurden. Der Erfolg der Prohibition leitete so gleichzeitig den Niedergang des Prohibitionismus ein. Damit ging eine Radikalisierung mancher Abstinenzler einher. In den Südstaaten bekam der Prohibitionismus eine radikale, rassistische Note. Er verband sich mit dem Kampf des *Ku Klux Klan* gegen Katholiken, Juden und Schwarze. Gegen Ende der 1920er Jahre häuften sich die Stimmen, die forderten, das Trinken selbst zu einer strafrechtlich qualifizierten Handlung zu machen. Manche schlugen tatsächlich vor, ertappte Konsumenten in Konzentrationslager auf die Aleuten zu verbannen (Durant 1929). Zwar war dies eine Extremposition; sie belegt jedoch eine Wendung vieler Prohibitionisten gegen den Trend zum Pluralismus.

Ein wichtiger Faktor war die Neubewertung der Prohibition durch den US-Kongress. Der Bericht der *National Commission on Law Observance and Enforcement* etwa, den Herbert Hoover nach seiner Wahl zum Präsidenten in Auftrag gegeben hatte, erwies sich für die Temperenzler als wertlos. Der *Wicked-Sham-Report* galt nur deshalb nicht als Sieg der »feuchten« Fraktion, weil er nicht offen zur Abschaffung der Prohibition aufrief (vergleiche National Commission on Law Observance and Enforcement 1930). Im März 1929 war der Strafrahmen zur Durchsetzung des *Volstead Acts* erheblich verschärft worden. Damals passierte eine Vorlage des Senators Wesley L. Jones (1863–1932) den Kongress. Sie erhöhte die Strafen bei Alkoholvergehen drastisch: von sechs Monaten Haft oder 1.000 Dollar Geldstrafe schon bei Erstvergehen auf künftig fünf Jahre Gefängnis zuzüglich einer Geldbuße von 10.000 Dollar. Das *Jones 5 & 10 Law* wurde von der Hoover-Administration zu einer Welle von Verhaftungen und Verurteilungen genutzt. Es traf an sich unbedeutende Schwarzhändler oder unbedachte Konsumenten, die sich während des Strafverfahrens geweigert

hatten, ihre Bezugsquellen offenzulegen. Wegen des Gesetzes kamen die Bundesgerichte kaum noch zur Verhandlung anderer Strafsachen. Das *Jones 5 & 10 Law* wurde – gerade nach Sicht der zuständigen Richter – zu einer Belastung des Rechtssystems. Sollte tatsächlich die nüchterne Republik durch eine gigantische Polizeiaktion durchgesetzt werden? Die amerikanische Öffentlichkeit entschied sich mit großer Mehrheit gegen einen Kreuzzug für die Gesundheit (vergleiche besonders Meier 1994: 148–155).

Um 1930 war das Ende der Prohibition absehbar geworden. Die große Mehrheit der Amerikaner verabschiedete sich still und leise von jenem Rigorismus, der die Prohibition herbeigeführt hatte. In der Zwischenkriegszeit verlagerte sich der Schwerpunkt der Prävention vom Alkohol auf die gesunde Ernährung. Die Gesundheit wurde wieder zu einer persönlichen Angelegenheit, und dies blieb für die folgenden Jahrzehnte so.

5. Die deutsche Lebensreform und die Ernährung vom Kaiserreich bis zum Nationalsozialismus

Deutschland war wahrscheinlich das internationale Zentrum jener Bewegung, die man Lebensreform nannte. Wie andere Teile Westeuropas erlebte auch der deutschsprachige Raum nach 1850 eine deutliche Verbesserung des Gesundheitsstandards und der Lebenserwartung. Diese Fortschritte waren zwar zu einem gewissen Teil ein Erfolg der Schulmedizin, beruhten aber insgesamt auf einer viel breiteren gesellschaftlichen Grundlage. Denn viele Menschen verfolgten im Rahmen einer allgemeinen Gesundheitsbewegung oft gegen den Rat der Mediziner Askese und Disziplin, um ihren Körper gesund und schön zu erhalten (Merta 2004; Merta 2003). Sie organisierten sich besonders im späten Kaiserreich in Vereinen, die natürlichen Therapieformen und der Reform des Lebensstils verpflichtet waren. Mit alternativen Mitteln wurde versucht, das Übel an der Wurzel zu packen. Fleischlose Kost, Bäder oder Nacktbaden in Meer oder Sonne galten als Allheilmittel. Die Lebensreform war aber nicht nur an der Gesunderhaltung der Individuen interessiert, sondern auch an der Gesundung der gesamten Gesellschaft. Ihre Anhänger glaubten, dass die urbane Industriegesellschaft den Menschen seiner natürlichen Lebensweise entfremdet hatte. Nur die Rückkehr zu ihr könne Männer wie Frauen aus der Degeneration erlösen (vergleiche besonders Fritzen 2006; Krabbe 1974).

Die Lebensreform hatte in Deutschland ihre Hochphase zwischen den 1880er und 1940er Jahren. Sie ist hauptsächlich als eine Art Widerstandsbewegung gegen das Deutungs- und Behandlungsmonopol der Schulmedizin interpretiert worden. Diese These ist etwas zu einfach: Zwar gab es schon vor 1914 eine Debatte um die Behandlungsfreiheit für die Naturheilbewegung, und die Fähigkeiten der Schulmedizin wurden oft skeptisch eingeschätzt (vergleiche besonders Regin 1995; Dinges 1996). Insgesamt war die Lebensreform jedoch keine pauschale Opposition gegen die Schulmedizin, sondern eher ein Bündnis von Laien und Ärzten. Gemeinsam versuchten sie, die Prävention durch Veränderung der Lebensweise zu

verbessern (Hau 2003: 2). Sichtbar wurde dies etwa beim dänischen Mediziner Mikkel Hindhede (1862–1934), einem in Deutschland viel beachteten Vertreter der Lebensreform (Melzer 2003: 104–113). Ihm ging es stets um zwei Anliegen: um die empirische Überprüfung wissenschaftlicher Lehrmeinungen über die Ernährung und darum, die vegetarische Kost wieder neu in Wert zu stellen. Den Ersten Weltkrieg sah er als gigantisches Experiment zur vegetarischen Lebensweise. Selbst in Dänemark, das nicht direkt beteiligt war, hatte der Krieg eine Versorgungskrise ausgelöst. Die dortige Regierung rationierte die Versorgung mit Lebensmitteln und schränkte den Verbrauch von tierischen Erzeugnissen ein. Daraufhin sanken die Sterbe- und Krankheitsraten. Hindhede legte dies als Beweis für die Richtigkeit der Reformgedanken aus. Laktovegetabile Kost und Verzicht auf Alkohol waren zusammen mit Sonnen- und Luftbädern sowie Abhärtung die geeigneten Mittel, um zu einer besseren Gesundheit zu gelangen. Leider verfiel Hindhede in einen *völkischen* Ton und wurde später zu einem wichtigen Stichwortgeber für die Nationalsozialisten (Hindhede 1922).

Die Lebensreform war bemüht, ihre Ideen über eine die Gesundheit verbessernde Lebensführung anschaulich und möglichst populär zu verbreiten. Sie war eine gesundheitliche Präventionsbewegung. Und sie operierte auf eine Art und Weise, die einen deutlichen Unterschied zu den meisten zeitgleichen Bestrebungen in den USA ausmachte – sie war ideologisierend, auf jeweils bestimmte soziale Gruppen fixiert und häufig politisch reaktionär. Die Lebensreform war insofern eine Antwort auf jene grundlegenden Veränderungen, die sich in Deutschland nach 1850 vollzogen hatten: Industrialisierung, Verstädterung, technische und wissenschaftliche Revolution. Religionen und Obrigkeiten verloren als wertsetzende Instanzen ihre Bedeutung. Das Leben in einer urbanen Industriegesellschaft schuf bis dahin ungekannte Freiräume für den Einzelnen. Ihm kamen dabei zugleich oft jene Orientierungen abhanden, die sich aus den traditionellen Wertsystemen abgeleitet hatten. Die neue Freiheit konnte positiv interpretiert werden, aber auch als *Entartung* oder *Entfremdung*. Diese negative Sicht, war der Ansatzpunkt für die Lebensreform (Krabbe 1998a: 73ff.).

Ein zentraler Faktor war dabei stets die Ernährung (Rothschuh 1983: 9–18). Denn in ihrem Holismus war die Lebensreform um mehr bemüht als nur um die Abwehr von Krankheiten. Ihr ging es im Kern um die Erlösung des Menschen. Wahrscheinlich war dieser Gedanke bei den Anhängern von Vegetarismus und Nacktbaden am stärksten ausgeprägt, bei den

Temperenzlern am schwächsten. Letztere hatten mehr mit der Sozial- als mit der Lebensreform gemein; erstere waren im Grunde durch eine »säkularisierte gnostisch-eschatologische Erlösungslehre« geprägt (Krabbe 1998a: 74). Führende Reformer traten wie allein selig machende Missionare auf –wussten sie doch angeblich, wie man den Menschen zurück ins Heil führte. Bereits vor 1900 bildeten sich zahlreiche Reformvereine heraus, die ein breites gesellschaftliches Spektrum abdeckten. Krabbe sieht die Lebensreform in Deutschland in sozialer Hinsicht allerdings hauptsächlich in kleinbürgerlichen und Arbeiterkreisen verortet. Neben völkischen Orientierungen dominierten nach seiner Sicht sozialistische Vereinigungen. Dabei waren die Übergänge mit Blick auf die gesundheitlichen Ziele jedoch fließend. Denn auch die Sozialisten unter den Lebensreformern befürworteten in den 1920er Jahren oft eugenische Maßnahmen, die heute allein den völkischen oder nazistischen Bewegungen zugeschrieben werden.

Viele Patienten hatten sich enttäuscht von den anfangs konsultierten Schulmedizinern abgewandt. Gerüchte von Wunderheilungen trieben die Erkrankten oft in die Arme von Quacksalbern. Gegen diese Zustände versuchten Schulmediziner vorzugehen, in einzelnen Fällen vor Gericht und allgemein im Kampf gegen die gesetzlich verankerte Kurierfreiheit. Der Vorwurf der Kurpfuscherei traf aber auch seriöse Heiler wie Sebastian Kneipp. Naturheilanstalten waren weitere, wichtige Institutionen für die Lebensreform. Dabei tat sich bald ein breites Spektrum auf, das von eher rustikalen bis zu mondänen Kliniken reichte: Monte Verità bei Ancona, Weißer Hirsch in der Nähe von Dresden, Gräfenberg, wo in der Tradition von Prießnitz behandelt wurde, Thalysia bei Naumburg und die schon genannte Kneippanstalt (Rothschuh 1983: 60–104; Huerkamp 1986: 158ff.).

Mit der Expansion der Heilbehandlungen ging die Organisation der Interessen einher. Der *Deutsche Bund der Vereine für naturgemäße Lebens- und Heilweise* konzentrierte sich auf vier Aufgaben: Aufklärung über Ursachen und Verlauf von Krankheiten im Sinne der Naturheilkunde, Kampf gegen den Impfzwang, für Kurierfreiheit und um Anerkennung der Naturheilkunde durch die Krankenkassen (Krabbe 1998b: 80f.). Insgesamt waren 1913 im Bund rund 150.000 Menschen zusammengeschlossen, vor allem Handwerker, Angehörige der kaufmännischen Berufe und viele Beamte, zumeist Volksschullehrer. Ortsvereine, die über 1.000 Mitglieder haben konnten, stellten Anlagen für Licht-, Luft-, Fluss- und Dampfbäder zur Verfügung; manche Ortsvereine hatten sogar eine eigene Bibliothek. Fast

alle Reformvereine verlangten eine Veränderung der Ernährung. Die entscheidende Frage war dabei, ob die Umstellung unbedingt im Sinne des Vegetarismus zu erfolgen hatte. War der Verzicht auf Fleisch oder generell auf alle Lebensmittel tierischen Ursprungs unabdingbar? Oder reichte der Rückgriff auf natürliche Produkte und Zubereitungsformen aus, um an Körper und Geist zu gesunden? Ein Leben nach Reformprinzipien erforderte nicht zwangsläufig eine vegetarische Ernährung, Lebensreform und Vegetarismus waren nicht deckungsgleich.

Der Verzicht auf Fleischnahrung hat in Europa eine lange Tradition, die bis auf die Philosophie des Pythagoras von Samos (circa 570–510 vor Christus) zurückverfolgt werden kann. Nach 1850 begann dann eine neue Epoche für den Vegetarismus. Wichtige Impulse kamen aus Großbritannien. Dort hatte sich 1847 der erste weltliche Vegetarierverein, die *English Vegetarian Society*, gegründet. Ein gutes Beispiel für den sich in Deutschland vollziehenden Wandel war Gustav von Struve (1805–1870). Er hatte bereits 1831, beeinflusst von der Lehre der Seelenwanderung, einen vegetarisch inspirierten Unterhaltungsroman veröffentlicht, *Mandaras' Wanderungen*. Struve verfasste über 30 Jahre später ein für den deutschsprachigen Raum bahnbrechendes Werk: *Pflanzenkost. Die Grundlagen einer neuen Weltanschauung* (Struve 1845; Struve 1869). Mit Eduard Baltzer (1814–1887) setzte dann eine entsprechende Organisationskultur ein, als er 1867 in Nordhausen den ersten deutschen Vegetarierverein, den *Verein für naturgemäße Lebensweise*, gründete (Baltzer 1867; Baltzer 1911). Weitere Propagandisten der fleischlosen Ernährung waren Friedrich Jaskowski (1887-1914) und Magnus Schwantje (1877–1959). Jaskowski feierte den Vegetarismus mit schwülstigen Worten als Chance, das Leben des Menschen auf eine neue religiöse, ethische, naturbezogene und künstlerische Ebene zu heben (vergleiche Jaskowski 1912: 279–283). Schwantje bezog sich eher auf die ethische Problematik des Tötens und Verzehrens von Lebewesen, die eine dem Menschen ähnliche Gefühlswelt und Leidensfähigkeit besaßen. Er wandte sich gegen Tierquälerei bei Haltung, Mästung, Transport und Schlachtung (Schwantje 1921: 299ff.). Um 1912 bestand im Deutschen Kaiserreich aber nur eine kleine vegetarische Szene, mit reichsweit etwa 25 Vegetariervereinen und rund 5.000 Mitgliedern. Fleisch und Wurst galten allgemein als Statussymbole; der freiwillige, ethisch begründete Verzicht (eventuell sogar noch auf Fisch, Milch und Käse) stieß häufig nur auf Unverständnis.

Die Lebensreform hatte daher eine andere Zielrichtung als der Vegetarismus (vergleiche Jütte 1996: 144–164). Zum einen war die Ernährung hier eher (wenn auch nicht ausschließlich) ein Element der gesundheitlichen Prävention. Zum anderen war die Lebensreform eine Reaktion auf eine neuartige Herausforderung: Lebensmittel standen allmählich in großer Auswahl und ausreichend für jedermann zur Verfügung. Der Konsum von Zucker, ehemals ein Luxusprodukt, verzehnfachte sich pro Kopf zwischen 1850 und 1900. Die moderne Mühlentechnik erzeugte große Mengen von (ebenfalls bis dahin kostspieligen) Weißmehlprodukten. Milch und Fertigprodukte wurden zu einem wesentlichen Bestandteil der täglichen Ernährung. Die innovative Leistung der Lebensreform bestand darin, den zeitgenössischen quantitativen Überfluss als qualitativ mangelhaft darzustellen. Die Zivilisationskrankheiten Gicht, Rheuma und Gallensteine waren so zur Folge einer übermäßigen und falschen Kost geworden (Baumgartner 1998b: 117.)

Der geforderte Wandel der Ernährung beruhte auf den (subjektiven) Einsichten der Naturheilkunde; er war wichtiger Teil der Bemühungen um eine insgesamt gesündere Lebensweise. Für den Esstisch galten dabei die Empfehlungen: den Konsum von tierischen Produkten zu beschränken oder (seltener) ganz einzustellen, Lebensmittel, besonders Obst und Gemüse, stets frisch und unverarbeitet zu verbrauchen sowie Weißmehl durch Vollkornprodukte zu ersetzen. Je nach Gesundheitslehre kamen weitere Ratschläge hinzu, die durch persönliche Akzentsetzungen der Gesundheitsgurus beeinflusst waren. Beinahe alle Reformkonzepte verlangten jedoch, den Verbrauch von Genussmitteln einzuschränken oder einzustellen: Tabak, Alkohol oder Kaffee galten als gesundheitlich (hochgradig) bedenklich. Der Verbrauch von Weißzucker wurde mit Nachdruck bekämpft. Schließlich wurde, in Variation von Reformer zu Reformer, großer Wert auf den Verzehr von rohem Gemüse und Früchten gelegt. Letzteres forderte die Rohkostlehre besonders vehement ein. Sie war überhaupt eine einschneidende Neuerung, denn sie wandte sich gleich gegen mehrere uralte Ernährungsdogmen. Die Humoralpathologie hatte großen Wert auf die Zubereitung der Kost gelegt, um deren Verdaulichkeit zu verbessern. Die Rohkostlehre verlangte dagegen, pflanzliche Kost möglichst wenig verarbeitet zu verspeisen. Die Rohkostlehre opponierte zudem gegen jene Ratschläge, welche die Ernährungsphysiologen mit ihrer Eiweißlehre verbreiteten: Menschen sollten vorrangig pflanzliche Faserstoffe zu sich nehmen. Einflussreiche Rohköstler waren Emil Drebber (1873–1943), Adolf

Just (1859–1936) und Max-Oskar Bircher-Benner (1867–1939) (vergleiche Drebber 1912; Drebber 1928; Just 1907; Just wurde in den USA sehr populär; vergleiche Just 1904).

Viele Ernährungsreformer waren als Schulmediziner, Apotheker oder in der Lebensmittelindustrie tätig gewesen. Bei einigen zeigte sich noch die Bedeutung der antiken Präventionslehren, so bei Carl Gustav Carus (1789–1869) (Carus 1843). Einer der ersten echten Lebens- und Ernährungsreformer war Gustav Schlickeysen (1843–1893). Der Kernsatz seiner Lehre lautete: »Der Mensch ist ein reiner Fruchtesser« (Schlickeysen 1921: 92). Nach seinem Werk *Obst und Brod* waren Krankheiten und Befindlichkeitsstörungen fast ausschließlich auf Verstöße gegen die natürliche Fruchtdiät zurückzuführen. Krankmachende Faktoren waren demzufolge berauschende Getränke, physische und moralische Rohheit, Erregung der Nerven, tierische Nahrung und Feueranwendung in der Küche. Solche Elemente einer angeblich ungesunden Lebensführung spiegelten sich in einer simplen Nosologie: Unreinlichkeit war die Ursache für Influenza, Trinkerei für Cholera, Ausschweifung für Schwindsucht, Völlerei für Krebs (ebd.: 204). Brot war überhaupt ein entscheidendes Stichwort, denn als Vollkornbrot war es für die Ernährungsreform von kaum zu überschätzender Bedeutung. Besonders verdient machte sich der Mühleningenieur Stefan Steinmetz (1858–1930). Er erhielt im Jahre 1892 ein Patent auf ein Nassschälverfahren, mit dem wichtige Bestandteile des Getreidekorns beim Mahlvorgang erhalten blieben. Damit war die Basis für die industrielle Massenherstellung von Vollkornbrot gelegt. Das Beispiel zeigt zugleich, dass sich die Reformkost keineswegs nur auf pseudowissenschaftliche Ideologien stützte.

Max-Oskar Bircher-Benner war der einflussreichste Ernährungsreformer des deutschen Sprachgebietes (Wirz 1993: 47–147; Melzer 2003: 113–142). Der ausgebildete Mediziner gründete 1897 eine Privatklinik in der Nähe von Zürich, die zu einem internationalen Zentrum für die Ernährungsreform werden sollte. Dort wurden die Patienten mit physikalischen Behandlungen und vegetarischer Rohkost therapiert. In ausschließlicher Form war letztere bei Bircher-Benner nur für die Heilbehandlung vorgesehen, ansonsten sollten sich seine Patienten um eine Mischung von rohen und gekochten Lebensmitteln sowie um eine gesund erhaltende und naturnahe Lebensweise bemühen. Dazu gehörte der Verzicht auf Alkohol- und Tabakkonsum (Bircher-Benner 1940: 42–103, 129–145). Bircher-Benner sah die Ernährungsreform als unverzichtbaren Teil einer radikalen Verän-

derung des menschlichen Lebens insgesamt an, die er publizistisch intensiv einforderte (*Der Wendepunkt* 1923ff.; Bircher-Benner 1928; Bircher-Benner 1937; Bircher-Benner 1944; Bircher-Benner 1938).

Kern seiner Ernährungslehre war die Idee von den Lichtquanten, die von den Früchten beim Verzehr an den menschlichen Körper weitergereicht würden. Lichtquanten galten ihm als die Energieträger des Lebens, daher bezeichnete er seine Ideen auch als Lichtlehre oder Sonnenlichttherapie. Konsumiert werden sollten in erster Linie Nahrungsmittel, welche Lichtquanten noch möglichst vollständig enthielten. Dies waren im natürlichen Zustand belassene Vegetabilien (Baumfrüchte, Beeren, Nüsse, Feld- und Körnerfrüchte) und Animalien (ungekochte Milch und Vogeleier). Lebensmittel zweiter Wahl waren dagegen Vegetabilien und Animalien, die nur gekocht genießbar waren (etwa Kartoffeln). Von allen anderen Lebensmitteln sollten die Gesundheitsbewussten Abstand halten. Dazu zählten Pilze, reifer Käse, Schlachtfleisch, Fisch, Geflügel, Wurstwaren und Wild (Melzer 2003: 124).

Es liegen keine gesicherten Zahlen darüber vor, wie populär die Reformkost vor 1914 in der deutschen Bevölkerung war. Hinweise auf eine umfassendere Verbreitung ergaben sich aus der Beliebtheit der Naturheilanstalten. In der Regel wurde den Patienten dort Reformkost verabreicht, vor allem zur Reinigung und Entschlackung des Körpers. Eine Naturkur beinhaltete, neben Sport und allgemeiner körperlicher Abhärtung etwa durch Kaltwasserbäder, zumeist auch Reformkost. Sie orientierte sich nicht selten an den Empfehlungen von Bircher-Benner. Weitere Ideenlieferanten waren neben Johannes Schroth vor allem Zeitgenossen wie Karl Christoph Strunckmann (1872–1952), Heinrich Lahmann (1864–1931) und John Harvey Kellogg (vergleiche das Standardwerk von Lahmann 1895). Um 1900 war die Reformkost wahrscheinlich jener Aspekt der Lebensreform, der sich im Alltagsleben am stärksten durchgesetzt hatte. Diesen Schluss erlaubten die zahlreichen reformorientierten Kochbücher, die damals aufgelegt wurden. Schon im Jahrzehnt zuvor entstanden eine reformorientierte Landwirtschaft und ein entsprechendes verarbeitendes Gewerbe. Deren Produkte wurden über die Reformhäuser an die Kunden gebracht, besonders Reformmargarine, vegetarische Brotaufstriche und Fruchtsäfte. Nach der Jahrhundertwende griffen die Erzeuger von Reformprodukten neue Techniken auf, um Obst und Gemüse in besserer Qualität auf den Markt zu bringen. Es wurde nun großtechnisch versaftet oder eingedost. Dies wiederum rief eine neuartige Form der Kritik hervor.

Zunächst jedoch begann mit dem Ausbruch des Ersten Weltkrieges für die deutsche Bevölkerung eine gut zehnjährige Zeitspanne, in der Mangel und Hunger herrschten (Hirschfelder 2005: 214f.; Roerkohl 1991: 173–260; Stadthagen 1919). Als die Notjahre nach der Inflationszeit (vorläufig) vorbei waren, zeigte sich: Die Ernährung, ob als regional bestimmte Standard- oder als Reformkost, richtete sich wieder auf die Verbrauchsmuster der Vorkriegszeit aus. Die einschneidenden Veränderungen vollzogen sich in den 1920er Jahren nicht im Alltagsverbrauch, sondern in der Wissenschaft. Es waren die Ernährungsforscher selbst, die versuchten, die Gewohnheiten der Bevölkerung besser zu beobachten und wenn möglich in neue Bahnen zu lenken. Damit bahnte sich die Verbrauchslenkung der NS-Zeit an. Die neue Rolle der Wissenschaften war eine Folge der Versorgungskatastrophe des Ersten Weltkriegs. In einem folgenden Konflikt sollten die Verantwortlichen nicht mehr so unvorbereitet mit der Ernährungsfrage konfrontiert werden wie 1914. In die praktischen Vorschläge, die die weltberühmten deutschen Forscher oft publikumswirksam verbreiteten, mischten sich jedoch nicht nur Ideen, die allein auf die Autarkie der Volksernährung zielten. Gesundheitliche Erwägungen flossen ebenso ein wie etwa Prinzipien der Reformkost oder jener Neuen Ernährung, die sich nach 1890 in den USA verbreitete.

Der vielleicht wichtigste Verfechter der modernen Ernährung in Deutschland war der Münchner Ernährungsphysiologe Max Rubner (1854–1932). Er veröffentlichte 1930 eine bemerkenswerte Schrift, mit der er versuchte, die Lehre von der gesunden Mischkost unters Volk zu bringen. Zwar griff Rubner einerseits jene Sektierer an, welche die Alltagskost in Europa und Amerika diffamierten. Ihre Behauptungen beruhten, so Rubner, auf widersinnigen Thesen oder missverstandenen Forschungsresultaten. Rubner machte »ein reiches Schrifttum an populären Publikationen in medizinischen Zeitschriften, Tagesblättern, im Radio« aus. Es sorgte für die Verbreitung der Lehren, unter dem Deckmantel »rein materieller Interessen und spekulativer Unternehmungen« (Rubner 1930: 15). Andererseits mischten sich in seine Ratschläge Ideen, die aus der Ernährungsreform stammten, etwa die Wertschätzung von Roh- und Pflanzenkost. Die Debatte um die gesunde Ernährung richtete sich somit im Sinne einer Synthese von Wissenschaft und Lebensreform neu aus.

Schon vor dem Ersten Weltkrieg war es immer wieder um die Frage gegangen, ob die Kleie, also die Hülse des Getreidekorns, beim Brotbacken zu verwenden war. Kleie, so wusste man aus den damaligen Studien, ver-

besserte den Stuhlgang und reduzierte die Resorption im Darm. Nach 1918 verbreitete die Lebensreform das Grahambrot, ein Brot aus geschrotetem Weizen, beziehungsweise seine deutsche Variante, das grobe Schwarzbrot. Kritiker wie Rubner monierten zwar die deutsche Variante der *Vitamania* – bis 1930 waren Vitamine »im Volksglauben weiter Kreise [...] zu Substanzen geworden, die allein über Leben und Gesundheit entscheiden« (ebd.: 26). Jedoch spielten Vitaminpillen, die sich zeitgleich in den USA verbreiteten, nur eine geringe Rolle, denn die verarmte deutsche Bevölkerung konnte sich diese nicht leisten. Deshalb wurden der Verzehr großer Mengen von Gemüse, Obst und Milch, die Einnahme von Lebertran sowie *Lichtbäder* schließlich selbst von der Ernährungsphysiologie empfohlen. Die Entdeckung der Vitamine hatte die Rohkostbewegung beflügelt, die sich in ihrer Wendung gegen das Kochen bestätigt glaubte. Auch ihre Ideen wurden in die Ernährungswissenschaft integriert.

Die Ernährungswissenschaft setzte zwar offiziell auf ein eigenes Reformkonzept, die moderne Mischkost. Tatsächlich übernahm sie jedoch viele Elemente aus der Lebensreform. Der grundlegende Ansatz war ein rational-wissenschaftlicher. Ernährung wurde als Stoffwechsel mit dem Ziel der Erhaltung von Körpersubstanz, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden präsentiert. Als entscheidend galt ein ausreichender Mix von Eiweißstoffen, Kohlenhydraten und Fetten mit drei weiteren Gruppen: erstens Wasser, Mineralstoffe, Lipoide und Vitamine, zweitens Genussstoffe wie Zucker oder Gewürze zur Hebung von Appetit und Wohlbefinden sowie drittens Zellmembranen oder Rohfaserstoffe zur Anregung der Darmtätigkeit. Die gesunde Mischung – ein Schlagwort, das nun fortlaufend wiederholt wurde – war jeweils in Menge und Zusammensetzung dem persönlichen Geschmack und Lebensstil anzupassen. Die Nahrung sollte überhaupt weniger nach ideologischen Zielen als vielmehr nach praktischen Erwägungen zusammengestellt werden. Entscheidend war nicht allein der Nährwert der Lebensmittel, sondern auch »ihr Genusswert und ihr Sättigungsvermögen, ihre Bekömmlichkeit, ihr Gehalt an Vitaminen, besonders wichtigen Salzen oder Salzbestandteilen (Kalzium, Phosphor, Eisen, Jod und so weiter) und ihre Verwendbarkeit zur Speisenbereitung (Rubner 1932: 6)«.

Auf Vielseitigkeit, Gesundheit und nicht zuletzt auf den Einkaufspreis zu achten, war die Botschaft der Ernährungsforschung. Grundsätzlich sollte Alkohol nur in Maßen und nach Möglichkeit keinerlei Branntwein getrunken werden, statt dessen Wasser, Obstsäfte, Kaffee und Tee. Für

Erwachsene erlaubt waren Bier oder Wein. Kuhmilch war besonders ratsam: Sie besäße wegen des hohen Gehaltes an Eiweiß, Fett, Kalzium, Phosphaten und Vitaminen einen hohen Wert. Vom Verzehr von Margarine, Butter oder Schweineschmalz wurde allen abgeraten, die keine harte körperliche Arbeit leisteten. Magenbeschwerden und unschöne Körperfülle drohten. Gemüse wie Möhren, Kohl und Spinat waren unverzichtbar auf dem gesunden Speiseplan, ebenso Tomaten, Gurken, grüne Salate, Pilze, Nüsse und Obst.

Die Empfehlungen zeigen, wie wenig sich die Massenernährung in der Zwischenkriegszeit gewandelt hatte. Auf die Möglichkeit, Schweine- oder Rindfleisch durch Seefisch oder Geflügel austauschen zu können, musste noch hingewiesen werden. Die Mischkost sollte den Verbrauchern Leitlinien für eine gesunde Ernährung geben und sie vor Übertreibungen bewahren. Als solche galten ausschließliche Rohkost, Veganismus und alle künstlichen Präparate. Mischköstler hatten weder Mangel noch Gesundheitsschäden zu befürchten; bei echten Erkrankungen und bei Fragen zur Ernährung von Kindern sollte man Arzt oder Fürsorgestelle konsultieren. Die gesunde Mischkost hatte noch einen weiteren Grundbestandteil, sie war mit der Einhaltung von Hygieneregeln zu verbinden. In Deutschland waren Lebensmittel unzureichend geschützt und durch Staub, Bakterien, Schimmelpilze und Insekten kontaminiert. Viele enthielten echte Gesundheitsgefahren, wie die Erreger von Botulismus, Typhus, Trichinose und Tuberkulose. Vorsicht war besonders bei Fleisch, Schinken, Milch, Speiseeis und Konserven geboten. Zudem war auf die Hygiene im Mund und bei den Zähnen zu achten (ebd.: 4–12).

Die gesunde Mischkost war aber nicht nur eine Synthese von Ernährungsphysiologie und Lebensreform. Die Ernährung wurde, ganz unter dem Eindruck der Land- und Seeblockade zwischen 1914 und 1919, als nationale Aufgabe verstanden. Dabei überlagerten sich wehrpolitische und wirtschaftliche Argumente. Lebensmittel galten als wertvoll, wenn sie in Deutschland selbst hergestellt wurden, wie Roggen, Hülsenfrüchte, Kartoffeln, Fleisch, Milch und Käse. National eingestellte Wissenschaftler wandten sich gegen eine »übermäßige Steigerung des Konsums von Obst und Gemüse« (Rubner 1930: 45) – weil andere Nationen, die weniger davon genossen, auch keinen Schaden erlitten und der Massenimport von Südfrüchten volkswirtschaftlich nicht zu verkraften war. Zudem argumentierten viele Ernährungsforscher kulturkritisch. Die moderne Großstadt hatte angeblich einen Verfall der Ernährungskultur hervorgerufen. Es werde zu

viel Alkohol getrunken und zu reichlich Fett verbraucht. Die Kochkünste der Städterinnen seien ebenso niedrig wie das Ernährungswissen der Männer. Allgemeine Verarmung, Wohnungsnot und schlechte Kücheneinrichtungen trügen das ihre bei. Dies wiederum fördere den Trend, außer Haus zu essen. Die Schnellimbisse böten jedoch Speisen an, die arm an Abwechslung und Nährwert und dennoch nicht preiswert seien (ebd.: 61).

Besonders der Krebsforscher Erwin Liek richtete scharfe Angriffe gegen die Hersteller und Verkäufer von Arznei-, Lebens- und Genussmitteln. Als Ursache für Überversorgung, unnötige oder schädliche Erzeugnisse machte Liek das Gewinnstreben der Großindustrie aus. Unheilvoll sei auch der Einfluss, den diese auf die Forschung nehme (Liek 1934: 23). Der Generalverdacht, wonach die Verbraucher einer Fülle von Täuschungen, Fälschungen und Gesundheitsgefahren ausgesetzt waren, war in der Zwischenkriegszeit durchaus begründet. Bei Lebens- und Genussmitteln waren bereits die Verpackungen auf Täuschung ausgelegt. Schokolade, Süßigkeiten oder Schmelzkäse wurden in überdimensionierten Kartons mit Pappeinlagen oder doppelten Böden verbreitet. Speiseöle wurden in besonders dickwandigen Flaschen angeboten. Nur in seltenen Fällen stimmten Mengen und Inhaltsangaben auf den Etiketten mit den tatsächlichen Warenmengen und deren Beschaffenheit überein (Reichgesundheitsblatt 1932: 451). Bis zu 60 Prozent der Butter, die in den Großstädten verkauft wurde, waren mit Pflanzenöl verfälscht (Liek 1934: 26).

Ein weiteres Indiz für die Annäherung von Ernährungsforschung und -reform war die Neubewertung des Weißzuckers. Durch Feldstudien bei Konditoren war der Zusammenhang von Zuckerkonsum und Zahnkaries aufgezeigt worden. Brot war zu einer chemisch verfälschten Massenware verkommen: Das Saatgut war mit Quecksilbersalzen gebeizt, das geerntete Korn mit Formaldehyd oder Ameisensäure keimfrei gemacht worden. Roggenmehl wurde chemisch gebleicht, und man verwendete beim Backen Treibmittel wie Kaliumbromat. Ihren Höhepunkt erreichten die Auseinandersetzungen durch die Veröffentlichungen von Kurt Lenzner (Lenzner 1931). Es ging darum, ob Verbraucher überhaupt Vollkonserven benötigten. Skeptiker verwiesen auf die Möglichkeit, das ganze Jahr über frisches Gemüse beziehen zu können. Zudem richtete sich die Kritik gegen die Verwendung von chemischen Konservierungsmitteln. Schließlich gab es Einwände gegen den Trend, immer mehr Erzeugnisse mit Konservierungsmitteln zu versehen. Seit 1928 galt dies selbst für Lebensmittel, die bereits durch herkömmliche Techniken konserviert waren: Pralinen, Limo-

naden, Essiggurken und Marmeladen. Selbst Speiseeis sollte in eine Konserve verwandelt werden, durch Beimischung von Arsen, Blei, Zink, Kadmium oder Kupfer (Liek 1934: 41–43).

Die Debatte über die Ernährung und deren gesundheitliche Gefahren brach in der Großen Depression ab: Sie verschärfte die Ernährungslage dramatisch, und viele Menschen waren schließlich chronisch unterernährt. Die Krise wirkte nach der Machtergreifung auf komplexe Weise weiter, wobei einige Veränderungen leicht greifbar waren: Durch Gleichschaltung wurden landwirtschaftliche Verbände und Landwirtschaftskammern zwangsvereinigt. Damit begann eine staatliche Produktionssteuerung, die mit Ansätzen zur Verbrauchslenkung einherging (Corni/Gies 1997). Ein wichtiger Faktor war in der NS-Zeit die Verbindung von gesundheitlichen mit autarkiepolitischen Erwägungen. Dabei erlangte das Vollkornbrot eine exemplarische Bedeutung. Schwarzbrot galt als gesünder als Weißbrot und für seine Herstellung wurde kein importiertes Weizenmehl benötigt. Die Nazis integrierten es als deutsches Brot in ihre Ideologie. Im *Reichsvollkornbrotausschuss* arbeiteten alle wichtigen NS-Dienststellen zusammen (Melzer 2003: 191). Vollkornbrot galt seitdem gesund, nahrhaft und wirksam gegen Karies. Nach 1939 wurde es den »Volksgenossen« über Lebensmittelkarten zugeteilt, Nicht-Deutsche gingen leer aus.

Mit der *Verordnung zur vorläufigen Sicherstellung des lebenswichtigen Bedarfs des deutschen Volkes* ging man bereits einige Tage vor dem Kriegsausbruch 1939 zur Rationierung über. Wie schon im Ersten setzte im Zweiten Weltkrieg ein Prozess ein, an dessen Ende beinahe alle Lebensmittel nur durch staatliche Zuteilung zu erhalten waren. Die Organisation der Versorgung scheint nach 1939 besser als nach 1914 funktioniert zu haben – sicherlich nicht zuletzt wegen der Erfahrungen aus dem Ersten Weltkrieg und weil man Osteuropa ausplünderte und dort Millionen von Menschen sterben ließ. Denn der NS-Staat, der ja 1941/42 weite Teile Europas kontrollierte, instrumentalisierte den Hunger mit mörderischen Zielen. Er maßte sich an zu bestimmen, wer nicht, wer gerade ausreichend oder wer »deutsch« ernährt werden durfte. Juden, Sinti und Roma und anderen unliebsamen Personen war schon vor 1939 der Aufenthalt in Gaststätten verboten oder unmöglich gemacht geworden. Auf die Spitze getrieben wurden die Ausgrenzung und Vernichtung durch Mangelernährung gegenüber Osteuropäern, in Heil- oder Pflegeanstalten, in Konzentrationslagern oder bezogen auf gesamte Länder, wie Polen oder Griechenland. Überall dort wurde gehungert und gestorben, weil die Versorgung gezielt unzureichend gehal-

ten wurde. Im Gegensatz zur »Ausmerze«, auch durch Mangelernährung, standen die Bemühungen der Nazis um eine ausreichende Versorgung für das eigene Volk. Schon in den Friedensjahren hatte das Regime die Symbolkraft des gemeinsamen Mahls genutzt, um die Volksgemeinschaft zu propagieren. Gegen Ende des Krieges bestimmte das kollektive Speisen in Werkskantinen oder Feldküchen die Ernährung etwa eines Drittels der Bevölkerung. Zwang, Kontrolle und fremde Planung der Mahlzeiten hatten auch diejenigen erfasst, die vom Regime nicht verfolgt wurden.

Wie schon geschildert, hatten sich nach dem Ersten Weltkrieg Ernährungsphysiologie und Lebensreform einander angenähert. Kritik gegen Lebensmittel oder Ernährungsweisen und generell gegen Rauchen und Alkohol wurde nun nicht mehr nur pauschal geäußert. Es wurde versucht, sie empirisch zu überprüfen und als (scheinbar) gesicherte Erkenntnisse in der Bevölkerung durchzusetzen. Wissenschaftliche Empirie und Reformbestrebungen verbanden sich mit dem totalitären Anspruch des NS-Staates, die Lebensbedingungen neu zu gestalten. Die Mischung aus modernen, traditionellen und totalitären Elementen charakterisierte ohnehin den NS-Staat; sie war auch die Grundlage für die Ernährungsreform ab 1933. Nach 1933 verbreitete sich eine bis dahin unbekannte Rhetorik. Sie bestritt die Privatheit der Ernährung und legte sie auf die Bedürfnisse der Gemeinschaft fest. Die Durchsetzung einer gesunden Ernährung wurde von diversen Machtträgern während der NS-Zeit (weiter-)verfolgt und mit Überzeugung oder opportunistisch an die Ziele der NS-Bewegung angepasst, so diese denn überhaupt klar formuliert oder erkennbar waren. Nicht nur dem Anschein nach war die NS-Zeit die erste Epoche in Deutschland, in der eine in gewissem Umfang einheitliche Gesundheitspolitik verfolgt wurde. Deren menschenverachtende Aspekte sind dabei immer mit zu bedenken.

Der Theorie nach spielte der gesunde Lebensstil für die »Volksgenossen« eine zentrale Rolle; angemessene Ernährung, vorsichtiger Umgang mit Rausch- und Genussmitteln sowie Sport galten als Kern der Bemühungen um Gesundheit und Körperkraft. Die NS-Bewegung war bis zum Kriegsausbruch eine Mobilisierung der Massen gewesen, mit deren Hilfe Deutschland aus seinem »nationalen Elend« befreit werden sollte. Selbst die Gesundheit war vorrangig eine Frage der Organisation und Mobilisierung. Seit August 1933 existierte eine *Reichsarbeitsgemeinschaft für Volksernährung*; sie sollte Volksaufklärung und Verbrauchslenkung voranbringen. 1935 wurde die *Reichsarbeitsgemeinschaft für Heilpflanzenkunde und Heilpflanzenbeschaffung* gegründet. Sie war gesundheits- und wehrpolitisch ausgerichtet.

Die wissenschaftliche Basis für die *Reichsarbeitsgemeinschaft für Volksernährung* sollte seit Dezember 1935 die *Deutsche Gesellschaft für Ernährungsforschung* sicher stellen. 1938 entstand das *Institut für Ernährungslehre* der Universität Berlin, 1941 das *Institut für Kochwissenschaften* in Frankfurt am Main, das sich mit der Truppenernährung befasste. Ein Jahr später wurde in Leipzig die *Reichsanstalt für Vitaminprüfung und Vitaminforschung* geschaffen. Weiterhin existierten seit 1937 die *Reichsarbeitsgemeinschaft Ernährung aus dem Wald* und seit 1939 der *Reichsvollkornbrotausschuss*. Schließlich betrieb die SS in Dachau eine eigene *Deutsche Versuchsanstalt für Ernährung und Verpflegung* (Melzer 2003: 150f.).

Man hat den Eindruck, als ob nun alle Fehler in der Lebensführung bekämpft werden sollten, die seit der Lebensreform immer wieder moniert worden waren, so auch das Rauchen und der Alkoholkonsum, worauf unten ausführlicher eingegangen wird. Alle genannten Organisationen propagierten ein Ende des (übermäßigen) Verzehrs von Fleisch, Süßigkeiten und Fett. Stattdessen sollten mehr Getreideprodukte, Früchte, Gemüse und Ballaststoffe gegessen werden. Alkohol, Tee und Kaffee waren zwar nicht ganz aufzugeben, aber nach Möglichkeit nur in Maßen zu gebrauchen. Viele präventive Maßnahmen richteten sich gegen Magen- und Darmerkrankungen, denn sie waren eine häufige Ursache von Infektionen und chronischen Leiden (Proctor 2002: 141ff.). Grundsätzlich sollte eine Volksernährung geschaffen werden, die rein und natürlich war und ohne Farbstoffe und Konservierungsmittel auskam. Als empfehlenswert galt eine Kost, die sich auf die Prävention von Krankheiten ausrichtete. Deren Prinzipien stammten von Erwin Liek, der davon ausging, dass Fehlernährung die meisten Erkrankungen auslöste (Liek 1934: 22).

Die Kampagnen waren nicht allein gesundheitlich motiviert, sie sollten nicht nur Fehlernährung und deren Folgen bekämpfen. Es galt auch, Arbeitsleistung, Fruchtbarkeit und Kampfkraft zu steigern und die Abhängigkeit von Importen zu verringern. Generell spielten erbbiologische und eugenische Zielsetzungen eine große Rolle. Prägend für Kampagnen oder Gesetze waren zudem persönliche Vorlieben von NS-Führern oder simple Stereotype, etwa das von der »verweichlichenden« Schlagsahne. Ein Anhänger Lieks, der Dermatologe Franz Gerhard Maria Wirz (1889–1962), systematisierte die Ideen in einer 1939 erscheinenden Broschüre. Wirz hatte eine typisch anti-urbane Erklärung für die miserable zeitgenössische Ernährung: Die gesunde Land- sei von der krankmachenden Stadtkost abgelöst worden. Fleisch-, Fett- und Zuckerkonsum hätten drastisch zuge-

nommen. Als Folge grassierten Zahn-, Stoffwechsel-, Magen- und Darmerkrankungen sowie Krebs-, Herz- und Kreislaufleiden und Unfruchtbarkeit (Wirz 1939: 11). Wirz forderte eine an Bircher-Benner orientierte Kost, die sich auf Getreideprodukte, Milch, Gemüse und Obst stützte. Hier wurden wiederum die Einflüsse der Autarkiepolitik und des Nationalismus erkennbar. Ziele waren wirtschaftspolitische »Nahrungsfreiheit« und »deutsche« Kost, also der Einklang von nationalistischen, gesundheitlichen und rüstungspolitischen Erwägungen (ebd.: 17ff.).

Ähnliche Überlegungen waren in der Frage bedeutsam, ob die Kost von Fleisch auf Gemüse umzustellen war. Hier wirkte sich der Stellenwert aus, der offiziell der Bekämpfung von Krebs beigemessen wurde. Gemäß der modernen Schulmedizin war ein Tumor zellpathologisch zu erklären. Da man aber bis zur NS-Zeit kaum Ursachen für die Entartung von Körperzellen nachweisen konnte, wurde Krebs zu einer Allgemeinkrankheit. Als Ursachen genannt wurden nun Vererbung, Angespanntheit und Ernährung. Die Verfechter der Ernährungsthese empfahlen zur Vorbeugung zumeist eine Kost, die wenig Weißzucker, Fett und Proteine enthielt; dafür waren frisches Obst und Gemüse zu verzehren. In der NS-Propaganda gegen exzessiven Fleischgenuss verbanden sich wiederum gesundheitliche mit autarkiepolitischen Ansatzpunkten. Denn man benötigte rund 90.000 Getreidekalorien, um Schweinefleisch mit dem Nährwert von 9.300 Kalorien zu erzeugen. Der oberste Wirtschaftslenker, Hermann Göring, hielt eine derartig geringe Effizienz angeblich für Verrat (ebd.: 11ff.).

In der Tat waren wichtige Nazis Vegetarier, so Rudolf Hess, Heinrich Himmler und vor allem Hitler selbst. Er ernährte sich, wie posthume russische Studien belegen sollten, überwiegend vegetarisch. Daher war es einerseits möglich, in der Hitlerjugend Broschüren zu verteilen, die vor zu hohem Fleischverzehr warnten (Kitzing 1939: 15ff.). Andererseits verlieh dies der Fleischfrage eine pikante Note – weil Hitler bei seinen vor Kriegsausbruch noch häufigen öffentlichen Auftritten gelegentlich »sündigte«: Man konnte in Filmen, auf Fotos oder als Augenzeuge ausmachen, wie er Schinken verspeiste. Immerhin versuchte Hitler jedoch zumindest, sich vegetarisch zu ernähren. Dabei könnte der Einfluss, den das Denken von Richard Wagner auf ihn ausübte, eine Rolle gespielt haben. Wagner war ein rassistisch motivierter Vegetarier. Er behauptete, der Mensch wäre durch »Rassenmischung« und Fleischkonsum unrein geworden. Vegetarismus war für den Komponisten wie für Hitler daher nur Teil einer Strategie zur

Gesundung Deutschlands überhaupt. Denn Fleisch verkürze die Lebenserwartung, und das Kochen rufe Kulturkrankheiten hervor.

Die Rückkehr zu Pflanzen- und Rohkost war somit eine der vielen Revolutionen, welche die NS-Bewegung anzustreben hatte. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass bei Hitler jedoch gesundheitliche Gründe für den Fleischverzicht im Vordergrund standen. Zu Beginn der 1930er Jahre litt er unter Verdauungsproblemen und Schweißausbrüchen. Die fleischlose Kost verbesserte seine Konstitution so erheblich, dass Hitler sie bis zum Lebensende weitgehend beibehielt. Als öffentlicher Propagandist für die Ernährungs- oder Gesundheitsreform fiel Hitler allerdings ab 1937 aus. Bis dahin hatte sich die Öffentlichkeit derart auf seine Person fokussiert, dass es ihm zu viel wurde. Er ordnete das Ende jeder Berichterstattung an, die sich mit seinen persönlichen Vorlieben befasste (Schenck 1989: 27ff.).

Bekannt geworden sind die Bemühungen von Heinrich Himmler, der SS die Genussmittel wie Tabak und Alkohol und den Verzehr von Fleisch auszutreiben. Die SS übernahm auch die meisten deutschen Mineralquellen; Himmler sorgte für die Einrichtung von Kräutergärten in den SS-Kasernen und selbst in vielen Konzentrationslagern. Damit ist zu einem weiteren düsteren Kapitel überzuleiten – das NS-Regime erlaubte Forschern Menschenversuche. Bekannt geworden sind Ernährungsversuche beim Arbeitsdienst, an Säuglingen, in Fabriken, Lehrlingsheimen, Straf- und Gefangenenlagern sowie in den Konzentrationslagern Dachau, Mauthausen und Auschwitz. Dort wurde eine synthetische Wurst aus Industrieabfällen getestet und die Verbesserung der Truppenverpflegung erprobt. Besonders in Mauthausen kam es offenbar zu einem Massensterben unter den Testopfern. Solche Barbareien waren nur ein Aspekt der dubiosen Tätigkeit Himmlers in der Ernährungspolitik. Der Speisezettel der Volksgenossen sollte überhaupt auf die gesundheitliche Prävention ausgerichtet werden. Dazu wollte Himmler groß angelegte Kampagnen für Hausfrauen und Mütter starten. Diese kamen aber nicht zustande, was an Hitler lag: Er erklärte 1942 Goebbels gegenüber, wegen der Widerstände in der Bevölkerung mit der vegetarischen Volksernährung bis nach Kriegsende warten zu wollen (Melzer 2003: 198–207).

In der NS-Zeit entwickelte sich somit kein Staat, der den Verbrauchern Vegetarismus und Naturkost aufzwang. Dafür gab es noch weitere Ursachen, von der Vorliebe der Bevölkerung für Fleisch auf dem Teller einmal abgesehen. Die Positionen von Hitler und Himmler, schrecklich-naive Varianten der Lebensreform, wurden durch die Wissenschaften teilweise kon-

terkariert. So wirkte damals noch eine ältere These nach, die gerade den Genuss von Obst und Gemüse als eine der Hauptursachen von Krebs ansah. Als besonders verdächtig galten Tomaten, Spinat und Blattsalat. Studien behaupteten, dass eine rein fleischliche Kost, wie bei den Inuit in Grönland, sogar der Entstehung der Krankheit vorbeugen würde (Högaard 1942). Ohnehin war die Rückkehr zur angeblich präventiven Naturkost nicht die einzige Strategie, die in der NS-Zeit in der Ernährungspolitik Bestand hatte. Es existierte auch das glatte Gegenteil, das heißt Versuche, die menschliche Leistungsfähigkeit durch Medikamente und Lebensmittel künstlich zu steigern. Es entstand eine breite Forschung, die vorrangig die Leistungen von Kampfpiloten verbessern wollte. Dazu wurden Koffein, Meskalin und Pervitin verwendet beziehungsweise deren Einsatz durch grausame Experimente in psychiatrischen Anstalten und Konzentrationslagern erprobt (Roth 1985: 167ff.). Dem Trend zur Naturkost stand in den letzten Kriegsjahren ein weiteres Hindernis entgegen, der zunehmende Mangel an Lebensmitteln. Schon im Ersten Weltkrieg waren Kunsthonig und Margarine weit verbreitet gewesen, nach 1939 kamen neue Kunstprodukte hinzu: Mineralöle wurden zum Kochen verwandt, mit Fischproteinen wurde gebacken. Aus Wildkräutern sollte »deutscher« Teehergestellt werden. Wegen der traditionell fettreichen Kost zielten viele Anstrengungen auf den Ersatz von tierischen durch pflanzliche Fette.

Auch in Deutschland verbreitete sich wie zeitgleich in den USA Unsicherheit über die Alltagskost. Daran änderte der Nationalsozialismus nichts. Hier spielte wiederum die Krebsangst eine zentrale Rolle. Die Ursachen für Tumore wurden bei diversen Lebensmitteln, deren Inhaltsstoffen oder bestimmten Garmethoden vermutet. Nach Robert Proctor wurden faktisch alle Substanzen »von Aluminium bis Zink« von irgendjemandem als krebsauslösend entlarvt (Proctor 2002: 186). Die Forschung versuchte, die jeweiligen Moden oder Paniken zum Anlass für empirische Studien zu nehmen. Gleichzeitig war sie bemüht, Stoffe zu finden, die Krebs bekämpften, und Ernährungsweisen zu empfehlen, die prophylaktisch wirkten. Alle diese Theorien widersprachen sich: Erwin Liek empfahl Milch und verbot Kaffee, Alfred Neumann war der genau gegenteiligen Ansicht. Ferdinand Blumenthal empfahl Diät zur Prävention, Wilhelm Caspari Überernährung. Caspari warnte sogar vor den schädlichen Folgen der Rohkost, besonders vor Spinat und Tomaten. Fischer-Wasels verdammte die Kohlenhydrate, deren Verzehr Hans Auler in großen Mengen dringend

empfahl, dazu noch Zucker, rohes Fleisch und Fett, besonders aber Butter (vergleiche Hoffmann 1937: 79–93).

Der NS-Staat entwickelte aber immerhin, neben der eher vage bleibenden Prävention durch Ernährung, zwei Ansätze, um den Lebensstil der »Volksgenossen« zu verbessern. Kampagnenartig wurde gegen Alkohol und vor allem gegen Tabakrauchen Stellung bezogen. Dabei wirkten die Kontinuitäten in der Alkoholfrage seit dem späten Kaiserreich fort, denn seitdem hatte sich der Umgang mit Alkoholismus auch in Deutschland allmählich medikalisiert. Diese Kontinuität verstärkte sich noch dadurch, dass die NS-Alkoholpolitik im Großen und Ganzen mäßigend daherkam und bis auf Ausnahmen keinen Totalverzicht durchsetzen wollte. Die Kampagnen gegen das Rauchen waren dagegen etwas Neues und blieben lange Jahre im internationalen Vergleich exzeptionell.

In Deutschland hatte die Lebensreform den Kampf gegen den Alkohol forciert. Er erreichte aber nie Umfang und Relevanz der Prohibition in den USA. In den 1920er Jahren verstärkten sich diese Tendenzen noch; Arbeiterbewegung, Wander- und Turnvereine, religiös und weltanschaulich ausgerichtete Gruppen orientierten sich an der Temperenz. Zudem wirkte die soziale Krise wie eine Konsumbremse: Verarmung und Versorgungsmängel reduzierten den Verbrauch. So veränderten sich die Trinksitten bei jenen Gruppen, die exzessiv dem Alkohol zugesprochen hatten: unter jungen Arbeitern und Studenten (Giles 1991: 132–143). Weitere Faktoren kamen hinzu: Die Trinkerfürsorge war in der Weimarer Zeit zu einer staatlichen Aufgabe geworden. Die Verringerung der Zahl von Behandelten war somit für die Reduktion von Kosten im Gesundheitssystem bedeutsam. Dies forcierte schon vor 1933 die Anstrengungen von Krankenkassen und Gesundheitsämtern. Alkohol galt inzwischen bei vielen Medizinern nicht mehr als Genussmittel, sondern als hochtoxische Substanz, die Nervenzellen abtötete, den Geist schwächte und daher zu Verbrechen führte. Auch die embryonale Entwicklung glaubte man durch trinkende Mütter und Väter gefährdet, eine medizinische Grunderkenntnis, die heute kaum noch bestritten wird. Speziell dieses Wissen ging allerdings nach 1945 in der Medizin wieder verloren, weil der an sich ja sinnvolle epigenetische Forschungsansatz durch den Nationalsozialismus in Misskredit gebracht wurde (vergleiche Pauly 1996).

Die Wendung der Nazis gegen Alkohol nahm ihren Anfang noch in der Weimarer Republik an den Universitäten, dort, wo bis dahin Alkoholexzesse gefeiert wurden. Allerdings hatte sich bereits seit der Jahrhundertwende

die Kritik an solchem Verhalten verschärft, etwa unter dem Einfluss des *Wandervogels* (Ziegler 1898; Fick 1903). Schon der 1926 gegründete *Nationalsozialistische Deutsche Studentenbund* (NSDStB) zeichnete sich von Beginn an durch Mäßigung beim Alkohol aus, vor allem jedoch, weil die NS-Partei die Rituale der Burschenschaftler als unzeitgemäß ansah. Die Verarmung in der Großen Depression erschwerte aber ohnehin das Komatrinken. Dies änderte sich erst nach der Machtergreifung: Viele Nazis gelangten in einträgliche Positionen, und wiederholt kam es zu Disziplinarverfahren oder Parteiausschlüssen wegen schwerer Trunkenheit oder unter Alkoholeinfluss begangener Delikte.

Manche unter den später im NS-Staat Führenden waren allerdings vor der Machtergreifung Temperenzler oder Abstinenzler gewesen. Hitler erklärte bereits 1926 in einem Artikel für den *Völkischen Beobachter*, der Alkohol hätte im letzten Jahrhundert mehr Menschenleben gefordert, als auf allen Schlachtfeldern zusammen gestorben wären. Deutsche Abstinenz- und Temperenzvereine hatten in der Hoffnung auf künftige Unterstützung die Machtergreifung als Wendepunkt gefeiert. Die Alkoholgegner wurden 1933 gleichgeschaltet. Der *Deutsche Verein gegen Alkoholismus* wurde mit den Abstinenzlerverbänden und diversen kirchlichen Organisationen in der *Reichsstelle gegen die Alkohol- und Tabakgefahren* in Berlin zusammengefasst. Die Reichsstelle verwaltete hauptsächlich die Trinkerberatungs- und Trinkerfürsorgestellen. Neben gesundheitlichen und sozialpolitischen Erwägungen spielte nun beim Kampf gegen die Trunksucht die Wehrertüchtigung eine zentrale Rolle.

Manche Aktionen hatten eher symbolischen Wert. Der 1. Mai, nun Tag der Arbeit, wurde ebenso zu einem alkoholfreien Festtag erklärt wie viele weitere Feierlichkeiten oder Großveranstaltungen. Mit einer Verordnung vom 1. November 1933 wurde das Werberecht geändert: Die Verordnung verbot explizit auf Jugendliche ausgerichtete Werbung für alkoholische Getränke. Es wurde 1939 auf jede Werbung ausgeweitet, die Spirituosen als wertvoll für Ernährung oder Gesundheit anpries. Grundsätzlich verboten waren nun Markennamen, die eine medizinische Wirkung assoziierten. Eine Ausnahme galt nur für Schnäpse, die Kräuterextrakte enthielten. Die *Deutsche Arbeitsfront* versuchte seit 1940, Bier zur (körperlichen) Arbeit durch Tee zu ersetzen, mit mäßigem Erfolg. Wirksamer war das Schankverbot für alkoholhaltige Getränke in Wirtshäusern, das am 18. Oktober 1939 erlassen wurde. Noch ehrgeiziger waren Pläne innerhalb der NSDAP, die deutsche Bevölkerung ganz zum Umstieg auf Süßmoste, Malzbier oder

Mineralwasser zu bewegen. Alkoholfreie Getränke durften seit 1936 den offiziellen Stempel *Jugendwert* tragen. Ob durch das Regime hervorgerufen oder eher eine Folge von Geschmackswandel: In der Tat verfünffachte sich zwischen 1930 und 1937 die Menge des verkauften Süßmostes (Reiter/Heupke 1938).

Das NS-Regime ging auch aus eugenischen Motiven gegen jene vor, die zu viel Alkohol konsumierten: Abhängigen drohte die Sterilisierung. Rassenhygieniker hatten schon lange gefordert, Alkoholkranke unfruchtbar zu machen. So sollte die Vererbung jener Defekte verhindert werden, welche der Alkohol dem Erbgut zufügte. Bereits seit dem 14. Juli 1933 erlaubte das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* die Zwangssterilisation von Alkoholikern. Nach Schätzungen wurden auf dem Gebiet des Deutschen Reiches insgesamt 350.000 bis 400.000 Menschen zwangssterilisiert, darunter etwa fünf bis sechs Prozent Alkoholkranke. Erleichtert wurde diese Aktion durch eine Zentralkartei, die das Reichsgesundheitsamt über Personen führte, die wegen Alkoholismus behandelt worden waren. Schon vor 1939 konnten obdachlose Alkoholkranke leicht in ein Konzentrationslager geraten. Nach dem Euthanasie-Erlass vom Kriegsbeginn bestand dann die Gefahr, in einer Anstalt ermordet zu werden (Ayass 1995: 38).

Betrachtet man diese »Volkspädagogik«, so war die Bilanz schrecklich und dennoch in gewisser Hinsicht mager. Das Regime hätte durchaus versuchen können, den seit 1914 sinkenden Konsum als Ansatzpunkt zu nehmen, um eine Verhaltensänderung zu fördern. Krieg und Weltwirtschaftskrise hatten wie eine gigantische Entziehungskur gewirkt. Gegen Ende des Ersten Weltkrieges waren Vollbier, Spirituosen und Wein faktisch nicht mehr legal erhältlich, in der Großen Depression wurde Alkohol für viele zu einem kaum mehr bezahlbaren Luxus. Zugleich aber blieb er ein Indikator dafür, was die breite Masse unter Wohlstand verstand. Mit den jeweils steigenden Einkommen Mitte der 1920er und 1930er Jahre nahm der Konsum entsprechend zu. Der Bierverbrauch lag 1913 bei etwa 120 Litern pro Person im Jahr. Nachdem die (legale) Versorgung um 1918 fast die Nullmarke erreicht hatte, stieg sie bis 1929 wieder auf 86 Liter an, um bis 1936 auf den Tiefstand von 59 Litern zu sinken. Der Genuss von Spirituosen reduzierte sich von 2,8 Litern pro Person (1913) auf 0,6 Liter (1933), um sich dann zwischen 1932 und 1938 wieder zu verdoppeln. Im selben Zeitraum erhöhte sich die Weinproduktion um 80 Prozent, und der Absatz der Sektkellereien verfünffachte sich sogar. Der Wandel stand allerdings mit der Autarkiepolitik in Verbindung beziehungsweise mit den Einfuhrbe-

schränkungen. Für deren Rolle spricht auch, dass gegen Ende der 1930er Jahre Spirituosen in Deutschland zu rund 20 Prozent aus Ersatzstoffen wie Zellulose hergestellt wurden. Dieser Schnaps enthielt einen hohen Anteil an Fuselölen, er war dadurch besonders gesundheitsschädlich (Proctor 2002: 172).

Der steigende Konsum interessierte seit 1936 die NS-Machthaber. Proctor vertritt die These, dass sich das Hauptinteresse dabei von gesundheitspolitischen auf volkswirtschaftliche Motive verlagerte. Der hohe Alkoholverbrauch galt als kontraproduktiv, wollte man doch vorrangig die Rüstungsindustrie in Gang bringen. Der Gesundheitsminister Preußens, Arthur Gütt, verwies 1937 darauf, dass in Deutschland im Vorjahr 3,5 Milliarden Reichsmark für Alkohol und 2,3 Milliarden für Tabak ausgegeben worden waren, nach seiner Schätzung gut zehn Prozent des Volkseinkommens (Gütt 1937: 211f.; Kitzing 1941; Kitzing 1939). Der Konsum erhöhte sich während des Zweiten Weltkrieges noch weiter, denn viele versuchten, die seelischen Belastungen durch Rauchen und Trinken zu übertünchen. Der Versuch, den Alkohol einzudämmen, scheiterte in der NS-Zeit aber noch aus einem anderen Grund. Der Staat selbst profitierte durch Besteuerung vom steigenden Verbrauch (Gumper 1940: 38). Schließlich standen führende Nazis wie Joseph Goebbels Temperenz oder Abstinenz stets skeptisch gegenüber; ein Hinweis darauf, dass sich die NS-Bewegung selbst – wie in vielen anderen Bereichen – über wesentliche Ziele der Wirtschafts- und Gesundheitspolitik uneins war.

Der Kampf gegen den Tabakrauch war ein bedeutender, aber lange Zeit vergessener Beitrag des Nationalsozialismus zur Gesundheitspolitik. Auch dieser hatte eine Vorgeschichte, die um die Jahrhundertwende einsetzte. Die frühen Anti-Raucher-Vereine waren moralisierend ausgerichtet, denn sie bekämpften neben dem Rauchen weitere Übel wie Trinken und Glücksspiel. Ein zunehmend einflussreiches Motiv waren jene Gesundheitsschäden, die etwa Tabakarbeiter aufwiesen. Dresden, das Zentrum der deutschen Zigarettenindustrie, hatte vor 1914 die zweithöchste Rate an Lungenkrebs zu verzeichnen. 1904 bildete sich im Deutschen Kaiserreich für kurze Zeit der *Deutsche Tabakgegnerverein zum Schutze der Nichtraucher.* Sechs Jahre später erfolgte eine Neugründung im böhmischen Trautenau, der *Bund deutscher Tabakgegner,* und 1912 wurden in Hannover und Dresden ähnliche Verbände gegründet. Die böhmische Organisation gab von 1912 bis 1932 die Fachzeitschrift *Der Tabakgegner* heraus. Ein weiteres wichtiges Publikationsorgan war das Verbandsblatt der Dresdner Organisation,

Deutscher Tabakgegner (1919-1935). Damit deutete sich eine Veränderung an, die in der NS-Zeit noch bedeutsamer wurde: Die Einwände gegen das Rauchen verlagerten sich auf die gesundheitliche Ebene.

Hatten bis dahin moralische Bedenken vorgeherrscht, die besonders bei Frauen und Minderjährigen geltend gemacht wurden, so wurde die Argumentation in den 1920er Jahren breiter. Gewerbehygieniker sahen die Gefahren einer durch Zigarettenqualm geschwächten Arbeitskraft. Tabak wurde als Teil einer Zivilisationskrankheit gedeutet, die auch Alkoholismus, Impotenz bei Männern und Frigidität bei Frauen umfasste; man befürchtete eine Schädigung des Erbgutes. Die Schulmedizin meldete sich kritischer zu Wort, denn während des Ersten Weltkrieges waren Schäden bei exzessiv rauchenden Soldaten festgestellt worden. 1921 wandte sich erstmals eine Gruppe bedeutender Mediziner, unter ihnen der Psychiater Emil Kraepelin (1856–1926), öffentlich gegen den Tabak (Gaupp 1921: 832) Fachpublikationen wie die von Edgar Bejach forderten seit 1927 umfassende Maßnahmen gegen das Rauchen, zum Beispiel Aktionen der Krankenkassen, Aufklärungsarbeit, spezielle Heilanstalten für Nikotinabhängige und Verbot des Tabakanbaus (Bejach 1927: 20). Damit war Nikotinsucht zum ersten Mal auf eine Stufe mit der Alkoholkrankheit gestellt worden. Seit dem Ende des Ersten Weltkrieges wurden in ärztlichen Fachkreisen jene Gefahren debattiert, die Frauen beziehungsweise werdenden Müttern und deren Nachkommen drohten (Lewin 1927: 320f.). Der Wiener Gynäkologe Robert Hofstätter listete 1924 zahlreiche negative Wirkungen auf: Rauchen schädige Herz und Gefäße, Atmungs- und Geschlechtsorgane, Verdauungstrakt, Haut und Nebennieren. In seiner Bilanz forderte Hofstätter, gegen den »Rauchterrorismus« durch die Durchsetzung des »absoluten Nichtrauchens« vorzugehen (Hofstätter 1924: 245).

Vermutungen über eine kausale Verbindung von Rauchen und Krebs kursierten schon seit dem 19. Jahrhundert (Tiedemann 1854: 371, 363–371). Die Lage in der Forschung änderte sich grundlegend, als Fritz Lickint (1898–1960) 1929 statistisches Material veröffentlichte, das auf einen Zusammenhang von Lungenkrebs und Zigarettenrauchen hindeutete (Lickint 1929; Haustein 2004: 249ff.). Lickint war nach 1930 der vielleicht international führende Tabakforscher überhaupt, und er beeinflusste auch die zeitgenössische angloamerikanische Forschung (Hoffmann 1937: 484–490; Gehman 1943: 180–184). Seine Bedeutung gründete sich auf mehrere wissenschaftliche Arbeiten, die er bis Kriegsende vorlegte (Lickint 1935: 31f.), besonders aber auf sein monumentales Werk *Tabak und Organismus:*

Handbuch der gesamten Tabakkunde (Lickint 1939). Die 1.232 Seiten des Handbuches enthalten eine umfassende Bilanz der gesundheitlichen Folgen des Rauchens. In einem ersten, allgemeinen Teil behandelt Lickint die Medizingeschichte, die Botanik der Tabakpflanze, die Zusammensetzung der Tabakprodukte, den Verbrennungsvorgang, die akute und die chronische Tabakvergiftung. Im zweiten, speziellen Teil fasst er die Wirkungen des Tabaks auf die Organe des Menschen zusammen – auf Nervensystem, Sinnesorgane, Herz und Kreislauf, Verdauungstrakt, Schilddrüse, Harnorgane, Fortpflanzungsfähigkeit, Blut, Lymphe, Muskeln und Haut. Der dritte, ergänzende Teil erörtert Stoffwechsel, Allergien, Krebs, Infektionserkrankungen, venerische Leiden, Fragen der Gewerbe- und Versicherungsmedizin, Verkehrsunfälle, Sport, Schule, Krankenhaus, Gefängnisse, Wirkungen auf Tiere und Pflanzen und schließlich die internationalen Bewegungen der Tabakgegner.

Lickint begriff den Konsum von Tabak als Suchterkrankung, die er als Nikotinismus oder Tabakismus bezeichnete (so auch Klarner 1940: 24ff.). Insgesamt wies Lickint in *Tabak und Organismus* die tödlichen Gefahren des Rauchens nach. Es war ursächlich für Krebserkrankungen »entlang der Rauchstraße«, für Tumore von Lippe, Zunge, Mund, Speiseröhre, Luftröhre und Lungen (Lickint 1939: 918). Nikotinismus rief laut Lickint Arteriosklerose und Geschwüre hervor. Schließlich verstand er bereits die Gefahren, die für Nichtraucher herrschten. Dafür hat er wahrscheinlich selbst den Begriff Passivrauchen geprägt. Dem Kampf gegen das Rauchen kam eine enorme Bedeutung zu, wollte man den Gesundheitsstand der (männlichen) Bevölkerung verbessern (ebd.: 1050–1078). Lickint hatte schon um 1935 vermutet, dass etwa 20 Prozent der tödlichen Krebserkrankungen bei Männern durch das Rauchen ausgelöst würden (Lickint 1935: 70). Zur Bekämpfung weiterer direkter wie indirekter Gefahren durch Rauchen forderte Lickint Verbote für den Straßenverkehr, beim Sport, in Schulen, Krankenhäusern und Gefängnissen, dort im Übrigen, um die (unfreiwilligen) Möglichkeiten zum Entzug zu nutzen (Lickint 1939: 1061–1073).

Lickint war nur ein besonders produktiver Vertreter der deutschen Tabakforschung der 1930er Jahre. Damals kam eine intensive Debatte über die schädlichen Folgen des Rauchens in Gang, die vielfältige Ansatzpunkte fand. Im Zweiten Weltkrieg zeigten sich zudem die negativen Auswirkungen des Rauchens auf die Herzkranzgefäße: Vor allem die Soldaten an der Ostfront waren wegen der enormen Belastungen zu Kettenrauchern geworden. In der Folge kam es unter ihnen zu einer Welle von Herzinfark-

ten, die der Freiburger Pathologe Franz Blücher im Jahre 1944 als durch das Rauchen verursacht erkannte. Intensiv war die Diskussion mit Blick auf die Folgen für Sexualität und Reproduktionsrate. Rauchende Frauen verloren in dieser Betrachtung nicht nur schneller ihre Schönheit, sondern erlitten öfter Tod- oder Fehlgeburten, und generell reduzierte sich ihre Fähigkeit, Kinder zu gebären. Bei den Männern führte der Konsum zur Minderung der Potenz. Diese eher medizinisch begründeten Bedenken wurden auf ein kulturkritisches Zerrbild zugespitzt: Rauchen führte zur sexuellen Degeneration, es machte Männer weiblich und Frauen männlich (Bochnke 1939).

Ein wichtiger, in Deutschland publizierender Forscher war der Argentinier Angel H. Roffo (1882–1947). Er fand in mehreren bemerkenswerten Experimenten heraus, dass Lungenkrebs nicht durch das Nikotin, sondern durch einen weiteren Bestandteil des Rauches, Teer, ausgelöst wurde (Roffo 1931: 321ff.). Eine weitere bedeutsame Studie stammte von Franz H. Müller, einem Arzt am Kölner Bürgerhospital. Seine Dissertation aus dem Jahre 1939 war weltweit die erste kontrollierte, epidemiologische Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Tabak und Lungenkrebs (Müller 1939a: 57ff.; Müller 1939b). Mittels Fragebögen und Krankenakten rekonstruierte Müller die Lebensgewohnheiten der 96 Lungenkrebstoten, die in sieben Krankenhäusern der Kölner Region angefallen waren. Diese Daten verglich er mit einer gesunden Kontrollgruppe. Die Ergebnisse waren erschreckend: Die Wahrscheinlichkeit, am Lungenkarzinom zu sterben, war für starke Raucher (Personen, die mehr als zehn bis 15 Zigaretten täglich rauchten) sechsmal so hoch wie für die restliche Bevölkerung: »Wir haben somit an einem größeren Krankengut die Frage geprüft, welche Momente für die Zunahme des primären Lungencarcinoms verantwortlich zu machen sind, und stellen als wichtigstes Moment das Tabakrauchen heraus« (Müller 1939b: 84). Und Müller ging noch einen Schritt weiter, was zugleich die eigentliche Modernität seines Ansatzes ausmachte. Er verzichtete auf eine monokausale Erklärung; auf der Basis seiner Daten waren rund ein Drittel der Verstorbenen keine starken Raucher gewesen. Diese Personen waren am Arbeitsplatz hohen Staubbelastungen ausgesetzt gewesen – Stäube, die durch Verarbeitung von Blei, Kohle, Quecksilber, Chrom oder Anilin entstanden waren (ebd.: 79–82).

Die Dissertation von Müller war der letzte Mosaikstein zur Ausbildung einer zentralen Einsicht: Rauchen war eine Sucht und löste tödliche Krankheiten aus. Ende der 1930er machten daher in Deutschland die Ta-

bakgegner mobil. Zeitschriften wie *Die Genussgifte*, *Auf der Wacht* und *Reine Luft* attackierten das heimtückische Gift. Die politische Propaganda hob hervor, dass die Heroen des internationalen Faschismus – Hitler, Mussolini, Franco – alle Tabakgegner waren. Das Reichsgesundheitsamt ließ Flugblätter drucken, auf denen junge Menschen vor den Gefahren des Tabaks gewarnt wurden. Im März 1939 fand in Frankfurt die erste Massenveranstaltung statt. Rund 15.000 Besucher folgten in drei Tagen den Ansprachen von Hans Reiter, Ferdinand Sauerbruch, Leonardo Conti oder Robert Ley. Die Stimmung war derart gegen das Rauchen gerichtet, dass gesetzliche Maßnahmen verlangt werden konnten: höhere Tabaksteuern, Werbeverbote, Abschaffung der Verkaufsautomaten, Verbot des Erwerbs durch Jugendliche und Frauen in gebärfähigem Alter, Verbot des Rauchens am Steuer und am Arbeitsplatz. *Hitlerjugend* und *Bund Deutscher Mädel* wurden mobilisiert. Schließlich wurden rauchfreie Restaurants und Toiletten eröffnet. Im Juni 1939 wurde die *Reichsstelle gegen die Alkohol- und Tabakgefahren* gegründet. Die öffentliche Stimmung, die zu Beginn des Krieges in Deutschland herrschte, förderte weitere wissenschaftliche Studien. Neue technische Verfahren sollten den vollständigen Entzug des Nikotins aus dem Tabak ermöglichen. Zudem wurden Präparate entwickelt, die den Ausstieg aus der Sucht erleichtern sollten. Silbernitrat-Mundspülungen lösten bei Zigarettengenuss üble Geschmacksempfindungen im Mund aus. Tabakersatz kam in Form von Kaugummis und Ingwerpräparaten in Gebrauch.

Seit 1938 war das Rauchen in Gebäuden der Luftwaffe und der Post sowie in bestimmten Abteilen der Bahn verboten. Am 29. April 1939 untersagte die NSDAP das Rauchen in Diensträumen. Kurz nach Kriegsausbruch erließ Heinrich Himmler ein Verbot für Polizisten in Uniform und für SS-Offiziere im Dienst (Anordnung 1939: 550; Reichsführer SS 1940: 59). Es folgte ein Befehl des Reichsmarschalls Hermann Göring, der Soldaten das Rauchen auf der Straße, bei Märschen und kurzen Dienstpausen untersagte. Während des Krieges erhielten schwangere Frauen keine Marken für die inzwischen rationierten Tabakwaren, ebenso wenig Frauen zwischen 25 und 55 Jahren. Im Juni 1944 folgte ein öffentliches Rauchverbot für alle Personen unter 18 Jahren. Viele der Regelungen waren eher durch die im Krieg gestiegene Brandgefahr oder die Erfordernisse der militärischen Disziplin motiviert. Die Gesundheit stand aber zumindest bei den Beschränkungen für die Tabakwerbung im Mittelpunkt. Im Dezember 1941 wurden zum einen Formen, Inhalte und Adressatenkreise einge-

schränkt. Tabakwerbung hatte bildlich, zurückhaltend und geschmackvoll zu sein und durfte nicht die Ziele der Gesundheitspolitik konterkarieren. Rauchen durfte nicht als gesundheitsfördernd oder unbedenklich dargestellt werden. Der Bezug der Tabakwerbung auf Ideale der Männlichkeit oder auf Vorbilder der Jugend war zu vermeiden. Es durfte nicht mit Sportlern oder anderen Berühmtheiten geworben werden, und Frauen fielen als Adressaten ganz aus. Für Tabakwaren durfte nur noch in den Anzeigenteilen der Printmedien geworben werden (Hunke 1941: 395f.).

Die Werberichtlinien vom Dezember 1941 bildeten einen Höhepunkt in den Maßnahmen des Regimes. Einige Monate zuvor hatte Hitler in einem Führerbefehl die Ausweitung der für die Tabakproduktion vorgesehenen Ackerflächen untersagt. Zeitgleich begann die Parteispitze damit, die Tabakhersteller unter Druck zu setzen: Sie sollten künftig andere Erzeugnisse produzieren. In die Atmosphäre der frühen Kriegsjahre passt das *Wissenschaftliche Institut zur Erforschung der Tabakgefahren*, das an der Universität Jena eingerichtet wurde. Das Institut wurde Anfang April 1941 durch eine Tagung eröffnet, bei der Nazigrößen und Wissenschaftler gemeinsam gegen das Rauchen auftraten. Anwesend waren der Thüringer Gauleiter Fritz Sauckel, Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti, der SS-Arzt Karl Astel als Institutsgründer, Hans Reiter, der Leiter des Reichsgesundheitsamtes, Otto Schmidt, der damals führende deutsche Gerichtsmediziner, und der schon mehrfach erwähnte Fritz Lickint. Hitler schickte ein Grußtelegramm.

Karl Astel (1898–1945), seit Sommer 1939 Rektor der Universität Jena, war ein fanatischer Nichtraucher, Alkoholgegner und Nationalsozialist, der prononciert antisemitische und rassenhygienische Ziele vertrat. Sein Institut hatte zwei Aufgaben erhalten: medizinisch ausgerichtete Aufklärung gegen das Rauchen zu betreiben und die entsprechende wissenschaftliche Forschung voranzubringen. Ein wichtiger Schwerpunkt der wissenschaftlichen Arbeit in Jena war Lungenkrebs, besonders durch eine Studie, die bis 1943 von Eberhard Schairer und Erich Schöniger erstellt wurde (Schairer/Schöniger 1943: 261ff.; Wüstner 1941). Die Studie kam zu eindeutigen Resultaten: Nur drei der 109 ermittelten Opfer des Lungenkarzinoms hatten nicht geraucht. Schairer und Schöniger hatten im Auftrag des *Astel-Instituts* den bis dahin schlüssigsten Beweis für die Gefährlichkeit des Rauchens erbracht.

Insgesamt sollte man die NS-Maßnahmen gegen das Rauchen aber nicht überschätzen; dies gilt im Übrigen für alle Versuche, den Lebensstil

der »Volksgenossen« zu verändern. Nach 1942 ebbte die Welle der Kampagnen und wissenschaftlichen Aktivitäten weitgehend ab: Das Regime konzentrierte sich auf die Kriegslage, und es wuchs die Einsicht, dass man Soldaten nach schweren Kämpfen oder Menschen, die ausgebombt waren, nicht noch die Zigarette abnehmen sollte. Mit dem schwieriger werdenden Leben wurden Anordnungen ohnehin seltener beachtet, und es ist fraglich, ob speziell die Kampagnen gegen das Rauchen überhaupt in der Bevölkerung wirkten. Zwar sank der Tabakkonsum gegen Ende des Krieges und in den Mangeljahren bis etwa 1950, aber dies war kaum durch die »Volksaufklärung« oder deren mittelfristige Wirkungen verursacht, sondern durch die Versorgungsmängel.

Außerdem waren nicht alle Nazis Asketen vom Schlage Himmlers oder Hitlers. Viele waren gerade für ihren ausschweifenden Lebenswandel berüchtigt. Hier sei nur an Joseph Goebbels erinnert. Letzterer war seit den 1920er Jahren ein starker Raucher. Er hatte es vor dem Juni 1944 für kurze Zeit geschafft, seine Abhängigkeit zu überwinden, aber wahrscheinlich begann er, nach dem gescheiterten Attentat auf Hitler wieder zu rauchen. Goebbels stand der Idee, mit Kampagnen gegen den Tabakgenuss vorzugehen, grundsätzlich positiv gegenüber. Er sah die Kriegszeit jedoch als falschen Zeitpunkt dafür an: Die entsprechende Propaganda oder gar staatliche Kürzungen eines ohnehin knappen Gutes könnten zu einer weiteren Verschlechterung der Stimmung in der Bevölkerung führen. Goebbels ordnete daher am 18. Juni 1941 an, dass Propaganda gegen Tabak von seinem Ministerium zu genehmigen war (Parteikanzlei der NSDAP 1943: 408). In der Tat mehrte sich während des Krieges die Unzufriedenheit derart, dass die Landwirtschaft mit Genehmigung Hitlers im Frühjahr 1944 die Produktion wieder auf den Stand von 1941 ausdehnte. Ein weiterer Faktor waren fiskalische Interessen. Nach Angaben des Reichsfinanzministeriums machten die Tabaksteuern im Jahre 1941 etwa zwölf Prozent der Reichseinnahmen aus. Die Produktion lief daher bis zum »totalen Krieg« ungestört weiter.

Auf die Gesundheitspropaganda antwortete die Tabakindustrie mit – vorsichtigen – Gegenkampagnen. Dazu gehörte die Gründung einer Fachzeitschrift (*Der Tabak*: 1937ff.) und ein Jahr später die der *Internationalen Tabakwissenschaftlichen Gesellschaft* mit Sitz in Bremen. *Der Tabak* war zunächst ein Verbandsorgan, aber schon 1940 wurde die stärker auf wissenschaftliche Zwecke ausgerichtete *Chronica Nicotiana* geschaffen (Aschenbrenner 1940). Schließlich entstand sogar eine Buchreihe (*Monographiae Nicotianae*).

Darin konnte etwa behauptet werden, dass die jeweiligen extremen Ansichten zum Konsum – exzessiver Genuss beziehungsweise vollkommener Verzicht – als psychopathische Perversionen einzustufen waren (Lungwitz 1941: 144). Die *Internationale Tabakwissenschaftliche Gesellschaft* betrieb auf dem Höhepunkt der NS-Kampagne eine Art *Gegenforschung*. Die Tabakforscher im Dienste der Industrie warnten vor »statistischen Spielchen« beim Versuch, das Rauchen als Ursache für den Lungenkrebs zu ermitteln (Proctor 2002: 268ff.).

In der NS-Zeit veränderte sich durch Kampagnen und Maßnahmen die Lebensführung der Bevölkerung nur geringfügig. Dennoch wirkten einige Traditionen fort: Noch heute liegen in den Bäckereien die Vollkornbrote, wie in der NS-Zeit angeordnet, verpackt auf dem Ladentisch. Aber wichtige Ziele, wie eine bessere Ernährung oder eine Einschränkung des Trinkens und Rauchens, wurden nicht erreicht. Eher waren die Wirkungen der NS-Zeit kontraproduktiv: So machten sich im Zweiten Weltkrieg wieder Ersatz- oder synthetische Lebensmittel breit, obwohl doch der Kampf dagegen eine angeblich so große Bedeutung hatte. Wie in vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen scheiterte das NS-Regime auch in der Gesundheitsfrage an den Differenzen zwischen großsprecherischen Zielen, inhumanen Methoden und kontraproduktiven Resultaten.

Allein der Krieg war für die Bevölkerung eine gesundheitliche Katastrophe, mit Folgen, die weit über die positiven Wirkungen einiger Zigaretten weniger hinausreichten. Der britische Epidemiologe George Davey Smith vertritt die These, die NS-Kampagnen hätten »keine erkennbaren langfristigen Auswirkungen« auf die Gesundheit der deutschen Bevölkerung gehabt (Smith 1996: 223). Seiner Ansicht nach war der Gesamteffekt sogar negativ, denn auf Krieg und Notzeit folgte bekanntlich eine „Fresswelle«. Die Deutschen kompensierten die jahrelangen Entbehrungen durch Völlerei bis zum Übergewicht und einen bis in die 1970er Jahre stetig steigenden Tabak- und Alkoholkonsum. Von einer *Modernisierungsleistung* des Nationalsozialismus kann auch hier keine Rede sein. Eher davon, dass er einige durchaus zukunftsweisende Ziele der Lebens- und Ernährungsreform diskreditierte.

6. Gesundheits- und Hygienerevolution und die Ernährung

Die bisher geschilderten Konflikte und Diskurse um den gesunden Lebensstil, Prohibition und Lebensreform waren auf vielfältige Weise mit einem historischen Prozess verbunden, der als Gesundheits- oder Hygienerevolution bezeichnet wurde. Diese Revolution beförderte nur wenige explizite Ernährungsregeln, dennoch war sie zumindest indirekt mit der Verbesserung der Ernährung befasst. Über die Gesundheitsrevolution fanden allgemeine Hygieneregeln Eingang in den Umgang mit Lebensmitteln. Mitunter wird der Begriff Medikalisierung verwandt, was stärker auf die Ambivalenz des Wandels hinweist: Durchsetzung von Wissenschaften und Professionalität im Gesundheitswesen, höhere Heilungschancen, aber auch Zwang zur Sauberkeit und Kontrolle der Unterschichten. Die Vorstellungen über die richtige Gesundheitspflege wirkten sich machtpolitisch aus: Dies reichte von den viel gescholtenen, aber eher harmlosen Halbgöttern in Weiß bis hin zur inhumanen Umsetzung von rassehygienischen Ideen. Ungleichheiten ergaben sich durch Bildungsstand oder Einkommen, in den USA und Deutschland auch durch sogenannte Rasse oder regionale Herkunft. Um diese kritische Sicht hat sich besonders Alfons Labisch verdient gemacht (Labisch 1990; Labisch 1992).

Wie viele Prozessbegriffe beruht die Gesundheitsrevolution auf einem Vergleich historischer Anfangs- und Endzustände, vor allem zwischen denen im frühen 19. und im späten 20. Jahrhundert. Die Sterblichkeit innerhalb der Bevölkerung, besonders unter den Säuglingen, verringerte sich beträchtlich, und die durchschnittliche Lebenserwartung erhöhte sich. Dies hing mit dem erfolgreichen Kampf gegen die Infektionskrankheiten zusammen. Die Erfolge beruhten weniger auf neuen Therapien als vielmehr auf einem Verhaltenswandel der Bevölkerung. Er wiederum war eine direkte Folge der steigenden Wohlstands- und Bildungsniveaus. Dadurch verbesserten sich hygienische Zustände und Hygienebewusstsein. Zudem veränderten sich die vorherrschenden Krankheitsbilder und das Ausmaß

der allgemeinen Morbidität. Im 20. Jahrhundert wurden die chronischen Leiden gegenüber den Infektionskrankheiten immer bedeutsamer. Besonders nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die schulmedizinische Intervention zu einem entscheidenden Faktor. Ihre hauptsächlichen Angriffspunkte sind bis heute Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Übergewicht und dessen Folgen sowie Krebs. Viele der Krankheiten sind, so hat die Forschung der letzten Jahrzehnte ermittelt, durch den Lebensstil verursacht – zu viel oder falsches Essen, zu hoher Alkoholkonsum und Rauchen. Weil sich die Bekämpfung der Infektions- beziehungsweise chronischen Krankheiten deutlich unterscheiden und historisch aufeinanderfolgen, spricht man auch von einer ersten und zweiten gesundheitlichen Revolution.

In der Zeit nach 1850 etablierte sich eine neue naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin, vor allem über die Bakteriologie und die damit verbundene Hygienebewegung (vergleiche Porter 1995; Jacyna 2006; Bynum 2006). Allerdings rückten Fragen der Lebensführung vom Zentrum an die Peripherie der Schulmedizin. Das vorrangige Ziel der Heilkunde verschob sich von der Vorbeugung zur Heilung von Krankheiten. Letzteres gelang über die folgenden 100 Jahre hinweg allerdings häufig nicht. So wurde Raum geschaffen für Sozial- und Gesundheitsreformer. Sie, und nicht die Schulmediziner, übernahmen in Europa und Nordamerika die Führung im Bereich der sogenannten präventiven Medizin. Damit werden jene Fortschritte im Kampf gegen die hohen Morbiditäts- und Mortalitätsraten benannt, die zudem zu verzeichnen waren, ohne dass es zu wirklichen Verbesserungen in der Schulmedizin gekommen wäre. Es war eher die Sozialhygiene, die zur Anhebung des Gesundheitsstands in den Industriestaaten führte – durch einfache Techniken wie regelmäßiges Waschen von Händen und Kleidung, städtische Müllabfuhr, Verbesserung der Kanalisation und Versorgung mit Trinkwasser. Mit der Bakteriologie war im Grunde nur eine Erklärung für jene Praxis gefunden, die sich in der Aufklärungsepoche etabliert hatte. Damals war die Heilkunde als Sozialwissenschaft betrieben worden. Sie bekämpfte das menschliche Leid dort, wo die Zustände besonders prekär waren – in Heer, Flotte, Gefängnissen und Krankenhäusern. Hinzu kam die Sorge für Kinder, Arme, Alte und Behinderte. Diese Sozialmedizin weitete sich im frühen 19. Jahrhundert zu einer allgemeinen, sanitären Bewegung aus.

Nach 1800 wurde die Sozialhygiene zunächst in Frankreich staatlich gefördert, wie das Werk von René Louis Villermés (1782–1863) zeigte. Die französischen Leistungen wurden erst von jenen in Großbritannien über-

troffen, die nach 1848 durch den Erlass des *General Health Act* und die Einsetzung des *General Board of Health* 1848 möglich wurden. Erreicht wurde dies durch das Engagement des Sozialreformers Edwin Chadwick (1800-1890). Er hatte 1842 als parlamentarisch Verantwortlicher den *Report from the poor Law Commissioners on an Inquiry into the sanitary conditions of the labouring population of Great Britain* herausgegeben (Chadwick 1842). Dabei hatte die Enquête eine nach hygienischen, sozialen und politischen Gesichtspunkten gefährliche Lage aufgezeigt. Um diese zu beseitigen, wurden in den Städten Großbritanniens Wasserversorgung und Kanalisation ausgebaut. Der vielleicht bedeutendste Vertreter der öffentlichen Gesundheitspflege im gesamten 19. Jahrhundert war der Londoner Stadtarzt Sir John Simon (1816–1904). Simon bewirkte Erstaunliches für die öffentliche Hygiene, obwohl er an der »Schmutz-Theorie« festhielt. Nach dieser bildeten sich aus dem unbeseitigten Straßenschmutz verfaulende Dünste, Miasmen. Faulgase, nicht Bakterien, galten somit als Ursache für jene Epidemien, welche besonders die Großstädte plagten. Die englische Hygienebewegung griff rasch in die USA über. Dort gingen die Reformen von Boston beziehungsweise einem Kreis um Lemuel Shattuck (1793–1859) aus (grundlegend Rosenkrantz 1972). Auch in Deutschland entstand nach 1850 eine starke Hygiene-Bewegung. Wegen der Widerstände von Max von Pettenkofer akzeptierte sie ebenfalls nur allmählich die Resultate der Bakteriologie. Noch 1892 schluckte Pettenkofer in einem Selbstversuch eine aktive Cholerakultur – um zu beweisen, dass mangelnde Hygiene, nicht aber Bakterien ursächlich wären. Pettenkofer war dennoch der erste Forscher, der systematisch Nahrung, Kleidung und Wohnung auf deren hygienischen Standard und gesundheitlichen Wert hin untersuchte.

Die Erfolge der Sozialmedizin waren anfangs noch eher dem traditionsreichen Kampf gegen Dreck und Gestank zu verdanken als der Bakteriologie. Man tat das Richtige, ohne wirklich zu wissen warum: Die Tuberkulose wurde bekämpft, Wasserversorgung und Kanalisation wurden verbessert. Der Gesundheitserziehung des Einzelnen wurde verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet, etwa durch die Anleitung zur regelmäßigen Körperpflege. Um die Sauberkeit der Individuen zu verbessern, richteten die Kommunen in Nord- und Mitteleuropa öffentliche Badeanstalten ein. Sie dienten sowohl der körperlichen Reinigung als auch der sportlichen Ertüchtigung einer nun an gesundheitlichen Idealen ausgerichteten Bevölkerung (Ackerknecht/Murken 1992: 153ff.).

Die Bakteriologie wurde erst nach 1890 wirklich bedeutsam. Die Vorstellung, dass sich etwa epidemische Krankheiten durch Ansteckung mit Mikroorganismen verbreiteten, war eigentlich nichts Neues gewesen. Seit der Frühen Neuzeit war die Idee immer wieder vertreten worden – als sie um 1840 von Jacob Henle (1808–1885) wieder aufgegriffen wurde, war ihre Popularität sogar auf einem historischen Tiefpunkt angelangt. Im Jahre 1850 gaben Casimir Davaine (1812–1882) und Pierre Rayer (1793–1867) bekannt, dass der tierische Milzbrand durch einen Bazillus im Blut der befallenen Tiere hervorgerufen würde. Fünf Jahre später veröffentlichte Franz Aloys Pollender (1799–1879) ebenfalls diese Entdeckung. Die genannten Forschungen standen im Zusammenhang mit Bestrebungen, die Hygiene bei der Herstellung von tierischen Lebensmitteln zu verbessern. Daher ging es in der Bakteriologie von Beginn an darum, Krankheiten bei Mensch und Tier gleichermaßen zu bekämpfen. Große Bedeutung erlangten vor allem zwei Bakteriologen, Louis Pasteur und Robert Koch.

Louis Pasteur (1822–1895) war studierter Chemiker und hatte seit 1857 einen Lehrstuhl an der *École Normale* in Paris inne. Im selben Jahr begann er mit seinen Arbeiten über die Gärung, die bis dahin als rein chemischer Prozess angesehen worden war. Pasteur zeigte, dass Gärung das Werk von Bakterien unter Nutzung von Luft war. Um gerade diese zu verhindern, entwickelte er im Jahre 1863 ein Verfahren, das noch heute seinen Namen trägt, das sogenannte Pasteurisieren. Nach 1877 dehnte Pasteur seine Tätigkeit auf die Krankheiten des Menschen und der Säugetiere aus – Milzbrand, Tollwut und Cholera. Nachdem die Erreger identifiziert waren, entwickelte Pasteur zu ihrer praktischen Bekämpfung seine vielleicht berühmteste Leistung, die Schutzimpfung gegen Tollwut. Sie wurde das Muster, nach dem weitere Immunisierungen gegen Diphtherie, Cholera und Pest folgten. Robert Koch (1843–1910) war ausgebildeter Mediziner und begann seine Karriere als Kreisarzt in Posen. Dort profilierte er sich mit einer Studie über den Milzbrand. Nachdem er weitere Innovationen in die Bakteriologie eingeführt hatte, gelang ihm 1879 der Nachweis des Erregers der Wundinfektion. Im folgenden Jahr wurde Koch an das Kaiserliche Gesundheitsamt in Berlin berufen. Diese Tätigkeit sowie sein Lehrstuhl an der Berliner Universität ermöglichten Koch und seinen Mitarbeitern in den folgenden Jahren eine Fülle von Entdeckungen, etwa die Identifizierung der Tuberkulose- und Choleraerreger.

Die wichtigsten bakteriologischen Entdeckungen waren zwischen 1878 und 1887 erfolgt. Bis zum Ersten Weltkrieg gelang dann oft der jeweilige

empirische Nachweis, dass eine Krankheit durch Mikroorganismen ausgelöst wurde. Die lange Liste der Entdeckungen reichte von der Amöbenruhr bis zum Tetanus (Ackerknecht/Murken 1992: 128). Außerdem differenzierte sich die Sicht auf die Krankheitserreger, denn schon 1881 entdeckte Pasteur die Viren. Die Bakteriologie beschränkte sich jedoch nicht auf den Nachweis von Krankheitserregern. Es wurde ein tatsächliches Verständnis der Infektionen angestrebt, das Fortschritte in Immunologie und Serologie bewirkte. Die Bakteriologie hatte daher einen enormen Einfluss auf die gesamte theoretische und klinische Medizin. Zugleich erwies sich die Bedeutung einer bakteriologisch ausgerichteten Hygiene für die menschliche Ernährung, vor allem für den Fleischverzehr. Und zweifellos brachte die Umwandlung von aufklärerischer Sauberkeit in bakteriologische Sozialhygiene erhebliche Erfolge mit sich.

Aber erst nach der Jahrhundertwende wirkte sich die Bekämpfung ansteckender Krankheiten auf die durchschnittliche Lebenserwartung aus, besonders durch Reduzierung der Säuglings- und Kindersterblichkeit. Um 1900 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung in den USA nur 47 Jahre, bis 1990 hatte sie sich auf 78 Jahre erhöht. In Deutschland fand eine beinah identische Veränderung statt: bei einem Neugeborenen um 1900 rund 47 Jahre, 1988 etwa 79 Jahre (Rosen/Bullough 1992: 1; Statistisches Bundesamt 1991: 74). Bis zur Jahrhundertwende waren die Infektionskrankheiten die häufigsten Todesursachen beim Menschen. Die größten Mortalitätsrisiken waren in den USA (in dieser Reihenfolge) Grippeerkrankungen und Lungenentzündungen, Tuberkulose und Infektionen des Magen-Darm-Traktes. Geringere Bedeutung besaßen Malaria, Masern, Keuchhusten, Kinderlähmung, Scharlach, Rheuma, Hirnhautentzündung und Syphilis (grundlegend Lerner/Anderson 1963: 14ff.). In Deutschland waren die wichtigsten Todesursachen bis dahin ebenfalls Infektionen, vor allem Tuberkulose und Grippe, sowie Erkrankungen von Magen und Darm gewesen (Kaiserliches Statistisches Amt 1883: 147f.).

In den USA verringerten sich bereits bis in die 1920er Jahre die Todesfälle durch ansteckende Krankheiten erheblich. In Chicago zum Beispiel gingen zwischen 1850, dem Beginn zuverlässiger Statistiken, und 1920 die Todesfälle im Jahr drastisch zurück, pro 100.000 Einwohner bei Malaria von 106 auf 0,2 und bei Windpocken von 272 auf 0,5 (Rosen/Bullough 1992: 6). Geringer waren die Erfolge in Deutschland. Dort waren – in den Städten über 15.000 Einwohnern – im Jahre 1877 noch 13,8 Prozent der Todesfälle auf die Tuberkulose zurückzuführen gewesen. 1927 waren es,

nun auf die gesamte Reichsbevölkerung bezogen, immerhin noch 6,6 Prozent (Kaiserliches Statistisches Amt 1883: 147–148; Statistisches Reichsamt 1929: 42ff.). Gut ablesbar war der Fortschritt bei der Verringerung der Säuglingssterblichkeit (vergleiche dafür Tabelle III im Anhang).

Die Bekämpfung der Infektionskrankheiten hatte mehr erfordert als nur technische Fortschritte in Städtebau oder Medizin; dazu waren soziale und politische Veränderungen notwendig gewesen. Ab Mitte der 19. Jahrhunderts wandelten sich Länder wie die USA und Deutschland von agrarischen zu urbanen Gesellschaften. Industrialisierung und Urbanisierung stellten die Sozialfürsorge vor neue Aufgaben. In den Großstädten konnte Derartiges kaum noch von Familien, Nachbarn oder Kirchengemeinden geleistet werden. Die Sozialfürsorge gestaltete sich durch Wohlfahrtsverbände und staatliche Organisationen um. Ein Vorbild war in den USA das 1866 gegründete *New York City Metropolitan Board of Health*. Wichtige gesundheitspolitische Instrumente wurden Medizinalgesetze, öffentliche Einrichtungen und Sozialversicherungen. In Deutschland spielten die Gemeinden eine größere Rolle. Dies ergab sich aus den Traditionen einer »fürsorglichen« Obrigkeit, die in den USA fehlte. Zudem war die städtische Armut in Deutschland gravierender. Die »kommunale Daseinsfürsorge« ging aber in beiden Ländern bald über Verbesserungen der Kanalisationen oder der Müllabfuhr hinaus. Seit der Jahrhundertwende traten zahlreiche Verbände für die Individualprävention ein. Sie bekämpften die Infektionskrankheiten, förderten die Gesundheitsaufklärung und versuchten, die sozialen und hygienischen Standards anzuheben: bessere Ernährung, Kleidung, Wohnung für alle und eine intensivere Betreuung für Kinder, Kranke, Alte und Behinderte (Meckel 1990). Nach einer gängigen These wurde die Gesundheitspflege in Deutschland zu einer Option für das in der 48er-Revolution gescheiterte Bürgertum, weiterhin politisch tätig zu sein. Denn Sauberkeit als Lebensnorm bezog sich auch auf das Ideal einer »aufgeklärten« Bürgergesellschaft (Frey 1997). Wichtig war dabei der *Niederrheinische Verein für öffentliche Gesundheitspflege* (NvöG). Er stand seit seiner Gründung 1869 für viele Jahre unter der Leitung des Arztes Eduard Lent.

Die Probleme von Stadt und Gesundheit waren ein wichtiger Anstoß für den amerikanischen Progressivismus. Er bemühte sich um eine grundlegende Verbesserung des Lebensniveaus. In den 1890er Jahren setzten die Progressiven eine Debatte um die angemessene Versorgung der Menschen mit Gütern wie Gesundheit, Bildung und Einkommen in Gang. Ärzte und Sozialarbeiter standen an der Spitze des Progressivismus, der sich mit der

zeitgleichen Lebensreform verband; eine fast identische Entwicklung vollzog sich vor 1914 im Deutschen Kaiserreich. Auf der gemeindlichen Ebene bemühte man sich in beiden Ländern, die Probleme von Industrialisierung, Urbanisierung und Gesundheit zusammen mit Armut und Wohnungsmangel zu beheben. Dabei gab es allerdings signifikante Unterschiede zwischen den USA und Deutschland beziehungsweise Europa. Dort hatte die gesundheitliche Revolution als Aufgabe des Staates begonnen (Porter 1999: 147). In Preußen wurden die gesundheitlichen Kompetenzen der Gemeinden durch staatliche Anordnungen ausgebaut, etwa durch das *Gesetz betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen* vom 16. September 1899. Der Wandel von der obrigkeitsstaatlichen Anordnung von Gesundheit zur sozialstaatlichen Intervention vollzog sich endgültig erst in der Bundesrepublik (Labisch/Tennstedt 1991b).

Die Hygienerevolution ist eines der am besten erforschten Gebiete der neueren Sozialgeschichte überhaupt (grundlegend Labisch/Tennstedt 1991a; Labisch 1992). Die Hygiene war einerseits ein ästhetisches Ideal, das sich seit dem 18. Jahrhundert im bürgerlichen Alltag entfaltete. Sie beruhte andererseits auf jenen bakteriologischen und ernährungsphysiologischen Erkenntnissen, welche die Naturwissenschaften zunehmend bereitstellten. Eine wichtige Rolle spielte die Gesundheitserziehung: Spätestens seit der Jahrhundertwende wurde etwa die deutsche Bevölkerung mit Ausstellungen und Plakaten überschwemmt (vergleiche Schmidt 1995; Roeßiger/Merk 1998). Viele dieser Lehrmittel gingen auf die Tätigkeit des *Deutschen Hygiene-Museums* in Dresden zurück. Deutschland sah in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts einige äußerst einflussreiche Gesundheitsausstellungen, so die *GE-SO-LEI* von 1926 in Düsseldorf oder die *Internationale Hygiene-Ausstellung* von 1930 in Dresden (Gold 1998; Münch/Lazardig 2002).

Im Fokus der Gesundheitserziehung standen jeweils die Schulen. Im Deutschen Kaiserreich ging es im Schwerpunkt um die Einführung von gesundheitlicher Schulinspektion und eines obligatorischen Sportunterrichts für Mädchen und Jungen. Frühzeitig sollten körperliche Defizite, die Mädchen unfähig zur Mutterschaft und Jungen ungeeignet zum Militärdienst machten, erkannt und behoben werden. In der Weimarer Republik wurde die Gesundheitspädagogik eher sozialstaatlich ausgerichtet: Mütter, Kinder, Alkoholiker, Behinderte und Kranke sollten besser betreut werden. Insgesamt stand die Präventionspolitik der Weimarer Republik jedoch

unter Sparzwängen. Diese führten bereits vor 1933 zu einer selektiven Auslegung des inzwischen gesetzlich verankerten, allgemeinen Gesundheitsschutzes (so Moser 2002: 108f.). Mit der Machtergreifung wurden diese sozialstaatlichen Ansätze im Sinne der NS-Ideologie uminterpretiert und mit menschenverachtenden Zielen verbunden (Schwoch 2002).

Da die meisten (schulischen) Lehrmittel im Bombenkrieg untergegangen waren, setzte nach 1945 eine umfassende Produktion von Schaubildern und Wandtafeln ein, die zunächst von den alliierten Militärkommissionen genehmigt werden mussten (vergleiche Schmidt 1995: 8ff.). Darauf folgte jedoch keine Neukonzeption der Prävention. Die westlichen Alliierten richteten ihre Gesundheitspolitik eher an ordnungs- oder militärpolitischen Zielen aus: Die Truppen waren vor Ansteckung zu schützen, Krankheit galt als Faktor politischer Instabilität. Als sich die Präsenz der US-Truppen in Mitteleuropa verringerte, die *Public Health Officers* abzogen waren und sich der Krankenstand der Bevölkerung nach 1949 auf ein niedrigeres Niveau als 1938 eingependelt hatte, wurde der Gesundheitsschutz für die folgenden Jahrzehnte zu einem vernachlässigten Gebiet. Dazu trug die privatwirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitssystems bei. Die Konzentration auf die kurativen Leistungen der niedergelassenen Ärzte verwandelte die Prävention in der Bundesrepublik in eine weitgehend den Individuen überlassene Aufgabe (Ellerbrock 2002: 162ff.).

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts stand zumeist die Hygiene im Mittelpunkt der Gesundheitserziehung. Der menschlichen Körper erschien als Maschine, die der Wartung und Pflege bedurfte. Pflege meinte dabei Beachtung erbbiologischer Zusammenhänge (also die Verhinderung von behindertem Nachwuchs), regelmäßige Körperpflege, Sport und Erhaltung der Zahngesundheit durch Zähneputzen. Neben diese Hygieneratschläge trat ein Sauberkeitsideal, das sich auf den hygienischen Umgang mit Lebensmitteln ausrichtete. Ähnliches galt für die Gewerbe-, Kleidungs- und Wohnhygiene. Weitere Anwendungsgebiete der Regeln für ein hygienisches Leben waren Erste Hilfe und Säuglingspflege. Dass beides besonders in der NS-Zeit mit militaristischen und rassistischen Zielen konform ging, verwundert kaum (Schmidt 1995: 10ff.).

Die USA folgten einem abweichenden Modell. Die Gesundheitsreform begann hier auf der lokalen Ebene nicht als Intervention von Spezialisten, sondern als moralische Reformbewegung. Besonders im 19. Jahrhundert war die Gesundheitsfrage von einem puritanischen Kodex beeinflusst, der ein sauberes und gottgefälliges Leben verlangte. Zwar entstand auch in den

USA um 1900 eine moderne Gesundheitsbürokratie. Sie wurde aber niemals so bedeutsam wie in Europa. Die US-Gesellschaft misstraute einem paternalistischen Staat und beließ viele Kompetenzen bei den Gemeinden. Gesundheitliche Fragen wurden daher stärker problembezogen angegangen, man kann sogar von kampagnenartigen Vorgehensweisen sprechen. Häufig hatten diese Hygienemaßnahmen noch einen religiösen Hintergrund. Deutlich wird dies bei John Henry Griscom, dem Gesundheitsinspektor der Stadt New York, der 1842 eine Studie zur Lage der dortigen Bevölkerung durchgeführt hatte (Griscom 1845). Als Quäker glaubte er, dass Kenntnisse in Physiologie und Hygiene den Menschen bessern und zu Gott führen könnten; unhygienisches Verhalten galt ihm daher als sündhaft. Es wundert nicht, dass die Reformbewegungen in den USA nach 1865 immer dann Auftrieb erhielten, wenn Epidemien drohten. Allerdings setzte allmählich ein Wandel von religiösen zu säkularen Orientierungen ein, besonders durch den Progressivismus. Diese Säkularisierung vollzog sich exemplarisch beim Kampf gegen die Tuberkulose (Teller 1988: 15ff.; Labisch 1992: 158ff.).

Die Tuberkulose war eine Krankheit, welche die Menschheit schon lange begleitet hatte, aber um 1840 oder 1850 muss ihre Verbreitung einen Höhepunkt erreicht haben. Von dieser Erkrankungsspitze ebbte die Epidemie in den USA und Europa langsam wieder ab. Bis in das späte 19. Jahrhundert nahm man erbliche und konstitutionelle Faktoren als Ursache an. Um den Allgemeinzustand der Patienten zu verbessern und die Krankheit zu heilen, setzte man bei Therapien auf frische Luft und gehaltvolle Nahrung. Dies änderte sich seit 1882, als Robert Koch ein Bakterium als Erreger identifizierte. In den damaligen Industriestaaten entstanden öffentliche Bewegungen zur Ausrottung der Krankheit. Sie wurden von Gesundheitsbeamten, bürgerlichen Vereinen und Medizinern getragen. Der Kampf gegen die Tuberkulose ließ die ersten öffentlichen Massenbewegungen gegen Infektionskrankheiten entstehen. Die öffentliche Aufmerksamkeit erhöhte sich noch, weil auf die Entdeckung von Koch weitere folgten (Teller 1988: 15ff.). Schon 1882 entwickelten Paul Ehrlich (1854–1915) und Franz Ziehl (1857–1926) ein Diagnoseverfahren, welches das Bakterium im Sputum nachweisen konnte. 1890 stellte Koch einen Impfstoff vor, das Tuberculin, das sich jedoch selbst als Gesundheitsgefahr erwies. Tuberculin war immerhin geeignet für einen Test, der den Erreger auf der Haut feststellte. Seit 1908 wurde das Röntgenverfahren zur Dia-

gnose verwendet, wenn sich auch entsprechende Reihenuntersuchungen erst in den 1930er Jahren durchsetzten.

Die Therapien gegen die Tuberkulose begannen seitdem damit, bei Erkrankten durch Testverfahren eine Infektion nachzuweisen. Daraufhin wurden die Patienten in Heilanstalten isoliert. Neben die Quarantäne trat der Kampf gegen die Übertragungswege der Krankheit. Da diese komplex waren und zumeist die Großstädte betrafen, weiteten sich die Maßnahmen auf die Veränderung der Lebensbedingungen überhaupt aus. Für die USA wie für Deutschland maßgeblich waren anfangs Forschungen aus England. Sie hatten gezeigt, wie stark die soziale Frage, Mangelernährung, Schmutz und miserable Wohnungen die Ausbreitung der Krankheit förderten. Daraus ergab sich der enorme Einfluss, den die Krankheit auf die Umgestaltung der menschlichen Umwelt haben sollte. Beeinflusst wurden in einem engeren Sinne der Bau von Spezialkliniken, die Gesundheitserziehung und das Desinfektionswesen. In einem weiteren Sinne kamen hinzu: persönliche Hygiene, Stadtreinigung, Versorgung mit Trinkwasser, Entsorgung von Abwässern, Wohnungsbau, Sanierung der Innenstädte, Kampf gegen Fehlernährung und kontaminierte Lebensmittel. Anders als in Deutschland mit seiner Meldepflicht war es in Amerika gar nicht so einfach, die Infizierten überhaupt zu überwachen. Dies verlegte den Schwerpunkt von direkten, therapeutischen auf mittelbare, soziale Maßnahmen, etwa auf die Sanierung von Slums (Teller 1988: 20ff.).

Es verwundert wegen der Vielzahl der Aufgaben kaum, dass die amerikanischen Aktivisten oft mit einer Kreuzzugsrhetorik daherkamen (Cannon 1952: 165). Saubere Straßen, frische Luft, reine Nahrung und Körperpflege wurden zum *hygienic gospel.* Ärzte, Krankenschwestern und Laien benutzten militärische Ausdrücke. In den USA wie in Deutschland wurden im Zuge der Hygienediskussion daneben auch Sozialreform, Sozialdarwinismus, Rassismus oder Eugenik thematisiert; alles zielte jedenfalls auf die Herausbildung einer Kultur der Hygiene. Sie umfasste Heizen, Lüften, Wohnen, Kleidung, Nahrung, Sauberkeit in Schulen und Krankenhäusern, Tierhaltung, Gewerbehygiene und so weiter (Gottstein 1897). Da es sich als notwendig erwies, die Bekämpfung der Infektionskrankheiten mit einer Reform der Wohnverhältnisse zu verbinden, erhielt der Kampf gegen die Tuberkulose eine anti-urbane Symbolik. Die Großstadt wurde als Bedrohung für das menschliche Leben überhaupt aufgefasst. Dieser zu begegnen wurde zu einem Antrieb für die progressive Bewegung in Amerika; sie gab

aber zugleich ein Modell für eine in Deutschland aufkommende, fragwürdige Gesundheits-, Erb- und Rassepflege vor.

Deren Ausgangspunkt waren noch im Deutschen Kaiserreich die höheren Erkrankungs- und Mortalitätsraten in der Arbeiterschaft beziehungsweise bei deren Kindern gewesen. Spätestens seit der Reichsgründung arbeiteten Ärzte und Arbeiter selbst an der »Assimilation der deutschen Unterschichten in die Sinnwelt Gesundheit« (Labisch 1992: 180). Sie beeinflusste die Disziplinierung durch Schule, Fabrikarbeit und Militär, über ihre Vorbildfunktion und durch Zwangsimpfungen, Körperhygiene, Kleidung und Ernährung. Dies war insgesamt ein ambivalenter Prozess. Denn neben die gesundheitlichen Vorteile für diejenigen, die sich den neuen Verhaltensvorschriften anpassten, traten Elemente der Unterwerfung, etwa unter eine bis dahin kaum bekannte Körperdisziplin. In der NS-Zeit wurde die Gesundheit überhaupt zu einer sozialen Kategorie. Sie bestimmte in vielen Fällen über den Status, den »Lebenswert« oder die Unerwünschtheit gesunder, behinderter, chronisch kranker oder überhaupt abweichender Menschen. Schließlich ging es nicht nur um die »Ausmerzung« der Unerwünschten, sondern auch – zumindest der Theorie nach – um die gezielte Züchtung von Menschen mit gewünschten Eigenschaften.

Die Kampagnen gegen die Tuberkulose reduzierten die Infektionen und Todesfälle in den USA zwischen 1880 und 1950 signifikant; in Deutschland kam es allerdings zu jeweils erheblichen Rückschlägen durch die beiden Weltkriege (Kaiserliches Statistisches Amt 1883: 147–148; Statistisches Bundesamt 1991: 74). Insgesamt verringerten sich die Todesfälle am stärksten vor der Einführung der Chemotherapeutika, die, wie bei vielen anderen Krankheiten auch, bei Tuberkulose erst nach dem Zweiten Weltkrieg eingesetzt wurden. Erst damals veränderten sich die Therapien, denn nun waren langwierige Aufenthalte in Sanatorien nicht mehr erforderlich. Die Bekämpfung der Krankheit war zugleich Anlass und Modell für die Intervention der Sozialmedizin in die Ernährung. Dabei ging es weniger darum, dem Einzelnen vorzuschreiben, was er genau verzehren oder eben nicht genießen sollte, um gesund zu bleiben. Diese Lücke füllten andere Ansätze, etwa Prohibition oder Lebensreform. Wichtiger als die Individualprävention durch eine »richtige« Kost war ein kollektiver Ansatz: Lebensmittel waren entsprechend dem zeitgenössischen Niveau von Bakteriologie und Chemie hygienisch zu erzeugen und an die Verbraucher zu bringen. Mit den Lebensmitteln, so zeigte sich bald, wurde zu viel Missbrauch betrieben, und sie stellten, wie man erkannte, eine erhebliche Ge-

fahr für die (öffentliche) Gesundheit dar. Die Qualität der Nahrung war deshalb fortlaufend zu überprüfen.

Die Qualität der Lebensmittel war in Deutschland in der Frühen Neuzeit zunächst durch die Zünfte und Gemeinden und später durch die Landesherren überwacht worden. Diese Aufgabe ging mit der Reichsgründung auf die Reichsebene über (Grüne 2004: 251). Unter anderem deshalb war 1876 das *Reichgesundheitsamt* gegründet worden. Am 14. Mai 1879 wurde das *Erste Nahrungsmittelgesetz* verabschiedet, das aber offensichtlich die Kontrolldefizite nicht behob (ebd.: 252). Gegen die Gefahren, die in Dosen oder Tüten lauerten, bildete sich 1883 erstmals eine Berufsorganisation der Lebensmittelchemiker heraus, die *Freie Vereinigung bayerischer Vertreter der angewandten Chemie.* Sie sah sich der Aufgabe verpflichtet, die Konsumenten vor Schäden durch verdorbene, verfälschte oder verunreinigte Lebensmittel schützen. Die Organisation ging 1901 in der *Freien Vereinigung Deutscher Nahrungsmittelchemiker* auf. Der Verband versammelte viele Beschäftigte der staatlichen Überwachungsinstanzen – ihm kam daher eine halbamtliche Funktion zu. Gleichzeitig organisierten sich Erzeuger und Händler. Neben dem *Bund der Industrie* und dem *Hansabund* existierten um 1914 rund 500 regionale und lokale Fachverbände. Wichtig war der 1901 gegründete *Bund Deutscher Nahrungsmittel-Fabrikanten und -Händler*; ihm waren bis zu 550 Firmen und 53 Verbände angeschlossen. Zwischen Lebensmittelchemikern und Fachverbänden kam es nach 1883 zu scharfen Auseinandersetzungen. Aus diesen bildeten sich bis 1913 die Grundzüge eines neuartigen Kontrollsystems heraus. Es war durch die wachsende Bedeutung der industriellen Nahrungsproduktion unabdingbar geworden.

Das Deutsche Kaiserreich hatte in vielen Bereichen keine Vollzugsverwaltung. Diese Aufgabe kam den Einzelstaaten zu, etwa Preußen. Dort hatte die Regierung in den Jahren 1879, 1880, 1882 und 1893 ministerielle Anordnungen erlassen. Die Bezirksregierungen wurden jeweils aufgefordert, Ämter zur Überwachung der Lebensmittel zu schaffen und Kontrollen regelmäßig durchzuführen. Im Regierungsbezirk Münster zum Beispiel beschränkte sich die zuständige Stelle, die landwirtschaftliche Versuchsanstalt, ganz auf die Kontrolle der Märkte und die Fleischbeschau. Das Kontrollsystem wurde in den folgenden 20 Jahren kaum erweitert und beschränkte sich noch zur Jahrhundertwende auf die Großstädte und Industriezonen des Regierungsbezirkes. Das *Erste Nahrungsmittelgesetz* von 1879 richtete sich nur pauschal gegen die *Verfälschung* oder *Nachahmung* von Lebensmitteln. Eine genauere gesetzliche Bestimmung unterblieb jedoch;

nur Wein, Margarine, Butter, Käse, Schmalz, Zucker und künstlicher Süßstoff wurden präziser definiert. Nur hier konnten die Verbraucher von richtigen Inhaltsbezeichnungen ausgehen; ansonsten konnte die Abstellung einer gängigen Praxis nur nach langwierigen Auseinandersetzungen von Gutachtern vor Gericht erreicht werden. Dieser Weg wurde durch amtliche Verfügungen erschwert: Seit 1883 war das Urteil von gewerblichen Experten zu berücksichtigen; und seit 1904 war es per Ministerialerlass beamteten Chemikern untersagt, von ihren Inhaltsanalysen ausgehend Erzeugnisse öffentlich als gefälscht zu bezeichnen (Ellerbrock 1987: 140). Selbst das defizitäre deutsche Reichsgesetz von 1879 galt aber, neben dem britischen, international als vorbildlich. Nach seinem Beispiel erließen Belgien und Österreich in den 1890er Jahren nationale Regelungen. 1905 beziehungsweise 1906 kam es dann in der Schweiz, in den USA und in Preußen zu Regelungen. Im Grunde begann die systematische Lebensmittelüberwachung in Preußen sogar erst mit dem Erlass vom 20. September 1905 (ebd.: 259ff.). Er verpflichtete die Oberpräsidenten der Provinzen auf die erforderliche Kontrolle.

Bewegung im Lebensmittelrecht gab es vor 1914 im stark umstrittenen Bereich der Konservierungsmittel. Die steigende Erzeugung von Konserven hatte eine Fülle von Substanzen zum Einsatz gebracht: Aluminiumsalze, Phosphate und Milch-, Bor-, Benzoe- und Ameisensäure. Ihnen kam im bakteriologischen Zeitalter – nach Sicht der meisten Zeitgenossen – eine wichtige Funktion bei der Konservierung zu. Allerdings mehrten sich bis zur Jahrhundertwende die gesundheitlichen Bedenken. Erste amtliche Verfügungen regelten im Jahre 1902 den Einsatz von Konservierungsmitteln: Bor- und Salizylsäure und Formaldehyd wurden zur Konservierung von Fleisch verboten. Im Konflikt zwischen Lebensmittelindustrie und -chemikern hatten Letztere einen ersten Erfolg erzielt. Die Reaktion der empörten Industrie war das *Deutsche Nahrungsmittelbuch* (Bund Deutscher Nahrungsmittel-Fabrikanten 1905). Nach seinen Grundsätzen waren alle Konservierungsmittel so lange einsetzbar, wie deren Gefährlichkeit für die menschliche Gesundheit nicht dezidiert nachgewiesen war. Ein entsprechender Nachweis war aber faktisch unmöglich: Nach den Vorstellungen der Fabrikanten sagten Versuche mit hohen Dosierungen nichts über die Gefahren der tatsächlich verzehrten kleinen Mengen aus; Tests mit kleinen Mengen waren aber irrelevant für eventuellen Überkonsum. Auch eine Rücksichtnahme auf Kranke, Kinder oder Schwangere bei Dosierungen oder Konsumempfehlungen wurde abgelehnt (ebd.: 127).

Seit 1906 wurde eine Kontroverse um die Konservierung von Krabben durch eine bis zu zweiprozentige Beimischung von Borsäure geführt. Diese wurde im Jahre 1912 schließlich untersagt. Gestritten wurde um die Färbung von Eiernudeln: In einem Musterprozess legte sich die Industrie auf eine Mindestgabe von 200 Eiern je 50 Kilogramm Mehl fest, wenn sie dafür weiterhin deklarationspflichtige Farbstoffe verwenden durfte. Häufig ging es auch weniger um die Gesundheit als um betrügerische Inhaltsangaben, aus denen sich dann schrittweise Qualitätsstandards entwickelten. Anlass war zum Beispiel eine Preiselbeermarmelade, die aus Kürbisabfällen, Stärkesirup und geringen Mengen von Preiselbeeren hergestellt wurde. Erst seit 1910 gab es Deklarationsvorschriften für Konserven mit gesüßtem Fruchtinhalt (Ellerbrock 1987: 146f.).

Diese Fortschritte konnten jedoch Lebensmittelskandale nicht verhindern. Die Bayerischen Bierprozesse von 1884 und 1885 deckten gesetzwidrige Praktiken der Brauereien auf: Ungefähr 400 von ihnen hatten Verstöße gegen das Reinheitsgebot begangen, man hatte Malzsurrogate und Konservierungsstoffe verwendet. Trotzdem wurde nur in 130 Fällen Anklage erhoben. In mehr als zwei Dritteln der Fälle wurden die Ermittlungen eingestellt, denn die Strafverfolgung wog zwischen Gesundheitsschutz und fiskalischen Interessen ab. Auch Konserven sorgten für Krankheits- und Todesfälle. Zu Massenvergiftungen kam es 1910 zum Beispiel durch die Margarine der Firma Mohr, Altona. Im Raum Hamburg erkrankten rund 200 Personen, in Bromberg (Westpreußen) sollen es 300 gewesen sein. Grund war die unsachgemäße Behandlung von Pflanzenfett, das die Margarineerzeuger verarbeiteten. Dies wurde bei einem weiteren Skandal sichtbar, in den ebenfalls die Firma Mohr verwickelt war: Sie hatte im Juli des Jahres 1910 preiswertes ceylonesisches Kardamom-Öl importiert und daraus rund 78 Tonnen Margarine hergestellt. Erste Erkrankungen wurden im November 1911 aus Altona gemeldet. Die Patienten litten an Erbrechen, Durchfall und Fieber. Das Produkt wurde sofort vom Markt genommen, die Bestände von der Polizei beschlagnahmt; vermutet wurde eine giftige Substanz im Öl, die allerdings nicht exakt nachgewiesen werden konnte (ebd.: 173ff.).

In Deutschland beendete der Erste Weltkrieg die Bemühungen um ein verbessertes Lebensmittelrecht. Nun verschoben sich rasch die Perspektiven: Im Mai 1916 wurde im *Kriegsernährungsamt* eine *Ersatzmittelabteilung* eingerichtet. Sie prüfte nur noch, ob die unzähligen neuen Ersatzmittel überhaupt genießbar waren beziehungsweise Nährwert besaßen (Reichsge-

sundheitsamt 1926: 84ff.). Eine weitere Novellierung des Lebensmittelrechts erfolgte erst in der Weimarer Republik mit Gesetz vom 1. Oktober 1927. Die Situation in Deutschland sollte so nach ersten, im internationalen Vergleich durchaus positiven Ansätzen bis in die 1950er Jahre stagnieren. Spätestens mit dem Ersten Weltkrieg verschob sich der Schwerpunkt im Kampf um unverfälschte Nahrung von Europa in die USA. Dort bildete sich mit *Pure Food* eine Massenkampagne heraus, die zeitgleich und zum Teil unter Führung derselben Personen wie die Prohibitionsbewegung agierte.

Die *Pure Food*-Bewegung hatte ihre Ursprünge nicht in streng gesundheitlichen Ambitionen, sondern zielte eher auf Verbraucherschutz und Hygiene. *Pure Food* entfaltete eine Massenkampagne, ein deutlicher Unterschied zur primär von den Experten ausgehenden Reform der Lebensmittelüberwachung in Deutschland. Die Bewegung wandte sich gegen die Verunreinigung oder Verfälschung von Lebensmitteln durch unsaubere oder generell durch industrielle Produktionsverfahren. Die Regulierung durch eine bundesstaatliche Behörde sollte jene zahllosen Bestimmungen und Selbstverpflichtungen ersetzen, mit denen Einzelstaaten und Hersteller die Qualität von Lebensmitteln garantierten – oder dies zumindest behaupteten. Unklar und unbestimmt blieb dabei stets, was genau unter Reinheit zu verstehen war. Dies führte innerhalb von *Pure Food* und zwischen Reformern und Industrie zu großen Debatten. Schon vor 1900 wurden in den USA Tendenzen erkennbar, die Lebensmittel unter zentralstaatliche Kontrolle zu stellen. Zudem machte sich Verunsicherung über die sich rasch urbanisierende Gesellschaft breit. Für die Alltagskost bedeutete sie einen Verlust an Kontrollmöglichkeiten, die der Einzelne bis dahin besessen hatte, denn die Selbstversorgung nahm gegenüber dem Vorproduzierten ständig an Bedeutung ab. Die Qualität dieser Industriekost wurde zunehmend infrage gestellt; dazu trugen neue Erzeugnisse und Produktionsverfahren ebenso bei wie fragwürdige Werbemethoden, verunsicherte Verbraucher, kritische Ernährungsexperten und ambitionierte Beamte. Es war diese Kombination von Faktoren und Akteuren, welche *Pure Food* als Massenbewegung und den *Pure Food and Drug Act* im Jahre 1906 zustande brachte.

Seit dem Sezessionskrieg hatten sich die Zweifel an den Massenerzeugnissen langsam verstärkt. Eines der ersten Grundnahrungsmittel, das industriell hergestellt wurde, war Brot. Die neuen Verfahren zum Reinigen, Mahlen und Ausbacken des Getreides erzeugten zwar Brote in der ge-

wünschten äußeren Erscheinung – weiß und weich, wie es sich für das hoch angesehene Weißbrot gehörte –, aber zugleich wurden den Getreidekörnern wichtige Inhaltstoffe entzogen. Auch die inzwischen beliebten Vollkonserven gerieten in die Kritik. Sie wurden zwar zumeist unter hygienischen Bedingungen hergestellt. Die Lebensmittel wurden jedoch eingekocht und waren dadurch vieler wertvoller Inhaltsstoffe beraubt. Sie enthielten oft Farbstoffe; Obstkonserven enthielten generell zu viel Zucker (Young 1989: 108ff.). Ähnlich zweifelhaft waren die Fortschritte bei der Fettversorgung. Seit 1873 konkurrierte Butter auf dem US-Markt mit einem in Frankreich erfundenen reinen Industrieprodukt, der Margarine. Sie erfreute sich in der Arbeiterklasse großer Beliebtheit und wurde zum Hassobjekt der Milcherzeuger. Schon 1877 verboten New York und Pennsylvania ihre Herstellung. Obwohl es in den USA niemals große Skandale um die Margarine gab, wurde sie zu dem Lebensmittel, gegen das die meisten Gesetze erlassen wurden (Coppin/High 1999: 21).

Die Konflikte um Brot, Konserven und Margarine waren jedoch nur der Beginn umfassender Kontroversen. Dabei spielten nicht wie in Deutschland die Konservierungsstoffe die wichtigste Rolle – sie wurden in den USA in der Regel gar nicht verwendet. Die Auseinandersetzung begann vielmehr um Produkte, die angeblich unter Beimischung von Honig hergestellt wurden. War wiederum Honig, dem Zucker zugefügt worden war, verfälscht? Und das, obwohl er dieselben chemischen Eigenschaften wie die Glukose etwa im Maissirup hatte? Es wird deutlich: Die Ernährungskritiker von *Pure Food* zielten vorrangig auf die Bekämpfung von Betrug und Surrogaten. Die Einwände waren eher rechtlicher Natur, und diese wurden durch empirische Probleme noch komplizierter. Denn um 1900 gab es keine exakten Prüfverfahren, mit denen zu ermitteln war, welche Anteile an Honig oder Maissirup ein Produkt, das reklamierte »natürlich«, also nur durch Honig, gesüßt worden zu sein, tatsächlich enthielt.

Zum Führer der *Pure Food*-Bewegung wurde Harvey Washington Wiley (1844–1930). Er wurde im Oktober 1844 in Indiana geboren und hatte 1871 seine Approbation als Mediziner erhalten. Wiley begann eine Universitätslaufbahn als Chemiker, die ihn von Harvard nach Berlin zu August Wilhelm von Hoffmann (1818–1892) führte. Den größten Teil seiner Zeit in Deutschland verbrachte Wiley im *Reichgesundheitsamt* beziehungsweise *Kaiserlichen Amt zur Untersuchung von Lebensmitteln*. Als er an die Purdue Universität, Indiana, zurückkehrte, war er vermutlich zum führenden Lebensmittelchemiker der USA geworden. Für Wiley waren zwei Gesichtspunkte

zentral: Erstens war es möglich, die Zusammensetzung der im Handel angebotenen Lebensmittel exakt durch chemische Analysen zu bestimmen. Zweitens argumentierte Wiley anders als die Anhänger der Lebensreform, denn seine Bedenken galten gar nicht vorrangig der menschlichen Gesundheit. Wiley hielt verfälschte oder hochgradig verarbeitete Produkte für nicht grundsätzlich schlechter als naturbelassene. Die Verbraucher wurden in seinen Augen vielmehr einfach betrogen, wenn teure Inhaltsstoffe wie Honig durch billige Surrogate wie Maissirup ersetzt wurden.

Wenn man den heimlichen Austausch von teuren durch preiswerte Substanzen für Betrug hielt, dann war diese kriminelle Handlung in Amerika nicht einmal weit verbreitet. Studien wiesen nur in fünf bis 15 Prozent der Stichproben Verfälschungen nach (Young 1989: 106). Betroffen waren vor allem billige Lebensmittel, also als Konsumenten die Unterschichten. In dieser Hinsicht erstaunt es, dass die Betroffenen nicht selbst gegen die Verfälschung und Verunreinigung ihrer Kost protestierten. Denn *Pure Food* wurde von Personen getragen, die selbst kaum tangiert waren – das US-Lebensmittelrecht wurde von Beamten, Lebensmittelchemikern, Erzeugern teurer Lebensmittel, Interessenvertretern agrarisch geprägter Bundesstaaten und Hausfrauen aus der Mittelschicht durchgesetzt. Institutionell verankert wurde die nationale Regelung des Lebensmittelrechts seit 1883. Seitdem leitete Wiley das *Bureau of Chemistry*, das Forschungslabor des Landwirtschaftsministeriums in Washington. In dieser Funktion baute er sein Ansehen als Lebensmittelchemiker weiter aus. Im Jahre 1898 kam es zum ersten *National Food and Drug Congress* der USA. Dabei versammelten sich Aktivisten, Großhändler, Journalisten, Farmer, Beamte und Chemiker, um die Details eines nationalen Lebensmittelrechts zu besprechen. Von Beginn an ging es hier um Machtfragen: Während viele eine neue Behörde errichten wollten, plante Wiley eine Erweiterung seiner Forschungsabteilung (Anderson 1958: 123).

Die Vereinigung erreichte durch Lobbyarbeit, dass sich der Kongress ab 1902 mit einer nationalen Regelung zu befassen begann. Dies war unter anderem Senator Porter J. McCumber zu verdanken. Der *Hepburn-McCumber Bill* sollte das Institut Wileys mit der Überwachung des gesamten Lebensmittelwesens beauftragen. Allerdings war die bei den Hearings entscheidende *National Association of State Food and Dairy Officials* gerade in dieser Hinsicht nicht einheitlicher Auffassung. Auf dem jährlichen Kongress der Vereinigung in St. Paul brachte Wiley die Gesellschaft auf seine Linie. In St. Paul ging es aber nicht allein um die Frage, welche Struktur

und Leitung die Behörde erhalten sollte. Seit 1896 arbeitete ein Komitee der *National Association* an bundeseinheitlichen Standards für Lebensmittel. Diesen Impuls griff der US-Kongress ebenfalls 1902 auf und gründete einen weiteren Ausschuss (Helrich 1984: 16–26).

Bei einfachen Produkten war es leicht, Standards zu setzen: Milch hatte aus Milch zu bestehen, und Ahornsirup war verfälscht, wenn er andere Süßmittel enthielt. Schwieriger zu beantworten war die Frage schon bei Mischprodukten, etwa bei Speiseeis. Darüber entfachte sich in St. Paul eine Debatte, denn konservative Kreise wollten Lebensmittel einfach so klassifizieren, wie dies für Pflanzen und Tiere üblich war. Dagegen standen die Chemiker; sie wollten die Zusammensetzung der Lebensmittel analytisch beschreiben. Über Standards konnte die *National Association* nie eine Einigung erzielen. Das führte schließlich dazu, dass eher kommerzielle und politische Interessen die Leitlinien bestimmten. Die Bestätigung von Rezepturen als Echtheitsgarantie spielte dagegen nie eine Rolle. Diese Praxis deutete sich bereits in St. Paul an, als verschiedene Verfahren zur Herstellung von Whiskey auf ihre Echtheit hin debattiert wurden. Die Verfechter der reinen Lebensmittel um Wiley erkannten rasch den Wert, den diese Debatte für das Lebensmittelrecht haben konnte. Nach der Gründung der FDA sollte es bis zur Prohibition zu Kontroversen über Standards für Whiskey kommen (National Association of State Dairy and Food Departments 1904: 510, 538ff).

Am 20. Januar 1903 hatte das Hepburn-McCumber-Gesetz den Kongress passiert. Das ganze folgende Jahr behandelte der Senat die Novelle jedoch nicht weiter, was an einer Kampagne der Hersteller sogenannter Patentmedizinen lag. Im September 1904 starteten Wiley und seine Anhänger daher eine neue Gesetzesinitiative. Dazu nutzten sie den *International Pure Food Congress*, der als Teil der *Louisiana Purchase Centennial Exposition* in St. Louis stattfand. Dies war der Wendepunkt, der zu einem nationalen Lebensmittelrecht führte (Coppin/High 1999: 63). Die Weltausstellung war ein internationales Großereignis, das mindestens 19 Millionen Menschen besuchten. Neben der eigentlichen Ausstellung, die den zivilisatorischen Fortschritt demonstrieren sollte, fanden Vorführungen, Olympische Spiele und eine Reihe von internationalen wissenschaftlichen Kongressen statt. Auf dem *International Pure Food Congress* ging es wieder um Kernbereiche des künftigen Lebensmittelrechts. Die schärfste Debatte wurde um den Whiskey ausgetragen. Wiley forderte eine Gesetzgebung, welche die Bezeichnung Whiskey auf reinen Malzwhiskey beschränkte. Da die Ab-

schlussresolution des Kongresses ebenfalls so interpretiert werden konnte, setzte sich der Kampf um das Lebensmittelrecht nun mit aller Härte fort. Er führte zwei Jahre später schließlich zum Erlass eines Bundesgesetzes. Folgt man der Darstellung von Coppin und High, war dafür Wiley eher mittelbar verantwortlich (ebd.: 73ff.). Er hatte eine Debatte ausgelöst, durch die sich Präsident Roosevelt letztendlich zum Erlass eines Gesetzes gezwungen sah. Roosevelt hatte während des Jahres 1905 Experten gehört, darunter Wiley und Ira Remsen (1846–1927). Der Präsident kündigte in seiner Botschaft für das Jahr 1906 ein Gesetzesvorhaben an. Der *Federal Food And Drugs Act*, auch *Wiley Act* genannt, enthielt die typischen ausführlichen Bestimmungen eines US-Gesetzes. Sein Zweck wurde in der Präambel definiert: »For preventing the manufacture, sale, or transportation of adulterated or misbranded or poisonous or deleterious foods, drugs, medicines, and liquors, and for regulating traffic therein, and for other purposes« (*Federal Food and Drugs Act of 1906*, 09.10.2009, *http://www.fda.gov/RegulatoryInformation/Legislation/ucm148690.htm*).

In Paragraf 1 wurde die Herstellung von verfälschten Lebensmitteln oder Medikamenten zu einer strafbaren Handlung erklärt, gleiches bestimmte Paragraf 2 über den Handel mit entsprechenden Produkten über die internationalen oder die Grenzen zwischen den US-Bundesstaaten. Mit Paragraf 3 wurde eine umfassende Kontrollfunktion für die Behörde Wileys, das *Bureau of Chemistry of the Department of Agriculture*, geschaffen. Durch Paragraf 4 wurde die Mitwirkungspflicht der Staatsanwaltschaften bei Verstößen gegen den *Wiley Act* gesichert. Der Theorie nach war Wiley zum Hüter der Gesundheit von Millionen Amerikanern gemacht worden. Allerdings war es in den folgenden Jahren nicht einfach, diese Kompetenz tatsächlich durchzusetzen. Nach dem *Wiley Act* kam es zu zahlreichen Musterprozessen um den Aufgabenbereich der Behörde und die juristische Auslegung des Gesetzes. Der Rücktritt von Wiley schon im Februar 1912, wegen einer Kontroverse um Backpulver, zeigte zugleich die Grenzen für *Pure Food* vor dem Ersten Weltkrieg auf. Der Verbraucherschutz wurde erst wieder in den 1960er Jahren durch Ralph Nader und seine Anhänger vorangebracht.

IV. Der moderne Massenkonsum, eine Gesundheitsbewegung aus den USA

Im Deutschen Kaiserreich war die Lebensreform seit den 1880er Jahren zur wahrscheinlich bedeutsamsten jener Reformbewegungen geworden, in deren Mittelpunkt die menschliche Ernährung stand. Zusammen mit den spektakulären Ergebnissen der Naturwissenschaften in Chemie, Bakteriologie und Physiologie hatte dies international zu einer führenden Stellung Deutschlands geführt. Von der Jahrhundertwende bis in die 1930er Jahre verlagerte sich dann jedoch der Schwerpunkt des Wandels, welcher die europäische Esskultur betraf, zunehmend in die USA. Grundlage dafür waren vor allem drei Entwicklungen: Wissenschaft und Forschung in den USA schickten sich an, die europäische zu überholen, eine eigenständige amerikanische Bewegung zur Ernährungsreform entstand und überhaupt wandelte sich in Amerika die Alltagskost durch Industrialisierung und Massenproduktion von Lebensmitteln viel rapider als in Europa.

Diese drei Faktoren brachten zwischen Jahrhundertwende und den 1960er Jahren jene Ernährungsweise hervor, die nach dem Zweiten Weltkrieg als internationaler Ernährungsstil bezeichnet wurde. Dabei entwickelten sich in historischer Abfolge drei Konzepte, die als Neue, Neuere und Moderne Ernährung bezeichnet werden. Letztere verband schließlich Massenproduktion und -konsum mit einer verwissenschaftlichten Ernährungs- als Präventionslehre. Dies alles sollte sich nach den USA in wenigen Jahrzehnten zunächst in Europa und mit entsprechenden Abwandlungen weltweit durchsetzen.

7. Von der Neuen zur Neueren Ernährung: Massenernährung in Amerika 1900 bis 1930

Nach dem Sezessionskrieg hatten sich die USA rapide industrialisiert. Bald wurden die Schattenseiten des Wachstums sichtbar. Wirtschaftliche Turbulenzen führten zu Tumulten, Streiks, ja bewaffneten Konflikten zwischen Fabrik- oder Minenbesitzern und Arbeitern. Die Masseneinwanderung bewirkte bis dahin unbekannte Probleme in den Großstädten. Auf dem Lande wurde die bisherige, protestantisch geprägte Ordnung durch Einwanderung neuer Glaubensgemeinschaften herausgefordert. Bis zum Ersten Weltkrieg bildeten sich als Antwort auf den tiefen Wandel Reformbewegungen heraus: zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage durch Hygienereform, zur Hebung des Bildungsstands und zur Emanzipation der Frauen. Viele dieser Reformen wurden, wie geschildert, in der Bewegung zur Durchsetzung einer nationalen Alkoholprohibition zusammengefasst.

An deren Seite trat eine weitere Reformbewegung, die einen starken Akzent auf die Gesundheitsfrage setzte, die *Neue Ernährung*. Sie befasste sich vorrangig mit der Frage, wie die Massenernährung in den Großstädten zu verbessern wäre. Und wie der Prohibitionismus war auch die *Neue Ernährung* bestrebt, gesundheitliche, wirtschaftliche und ordnungspolitische Ziele mit den damals neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu verbinden. Reformer wie Edward Atkinson, Wilbur Olin Atwater, Mary Hinman Abel und Ellen Swallow Richards bildeten die Gründergeneration für den Versuch, Gesundheits- und Sozialreform durch den Wandel der Ernährung voranzutreiben. Sie prägten jenen Weg, den die USA in der Ernährungsfrage im 20. Jahrhundert einschlagen sollten: die Entwicklung einer modernen Massenkost, die kommerzialisiert und industrialisiert war. Sie war dem Anspruch nach zudem gesund, effizient, preisgünstig, hygienisch und wissenschaftlich fundiert.

Die genannten Reformer hatten unterschiedliche Ausgangspunkte, die zugleich auf den Facettenreichtum der *Neuen Ernährung* hindeuteten: Edward Atkinson (1827–1905) war ein typischer Linksliberaler. Er hatte die

Befreiung der Sklaven in den Südstaaten unterstützt und war seit den 1890er Jahren ein entschiedener Aktivist in der *American Anti-Imperialist League*. In seinem sozialen Engagement schwankte er zwischen zwei Grundüberzeugungen: einerseits der auf David Ricardo zurückgehenden Vorstellung, wonach durch das eherne Lohngesetz die Löhne für die Arbeiter nicht ansteigen könnten; andererseits der Furcht, dass dies zu sozialen Unruhen führe. Um 1886 wurde er dann mit Forschungsergebnissen konfrontiert, die ihn maßgeblich beeinflussten. Die US-Unterschicht gab rund die Hälfte ihres Einkommens für Lebensmittel aus; zudem wies der Chemiker Wilbur O. Atwater in einer Reihe von Artikeln für das *Century Magazine* nach, dass dieser Anteil erheblich höher lag als für eine ordentliche Ernährung nötig. Man musste also der Arbeiterschaft nur die Prinzipien einer gesunden und zugleich preiswerten Ernährung vermitteln, um ihre Lage insgesamt zu verbessern.

Atkinson suchte den persönlichen Kontakt mit Atwater, um sicher zu stellen, dass dieser in die gleiche Richtung dachte. In die langjährige Zusammenarbeit flossen zugleich sozialpolitische und wissenschaftliche Ideen mit ein. Atwater war einer der ersten Amerikaner, die die deutschen Ernährungsstudien kannten. Forscher im Umkreis von Justus von Liebig hatten bereits die Alltagskost mithilfe moderner Theorien und Methoden analysiert. Empfehlenswert war eine rational ausgerichtete Kost, die in ihrer gesunden Mischung der menschlichen Physiologie angemessen war. Atwater war seit den 1880er Jahren an der Wesleyan University in Connecticut tätig, die er zum Zentrum der amerikanischen Ernährungsforschung ausbaute. Auch ihn bestimmten nicht allein wissenschaftliche Motive, denn er war davon überzeugt, dass Fehlernährung nicht nur körperliche, sondern auch moralische Schädigungen mit sich brächte (Atwater 1888).

Die Erkenntnisse der Ernährungsforschung hatten also praktische Folgen für das Alltagsleben. Für die Art und Weise, wie Fette, Kohlenhydrate oder Eiweiß im Körper verarbeitet wurden, spielte das soziale Ansehen der Kost keine Rolle. Zudem war die bisherige Auffassung widerlegt, nach der man dem Körper bestimmte Mengen an Nährstoffen zuführen musste. Viel wichtiger war, ihn mit jenen Bausteinen der Ernährung zu versorgen, die er je nach Aktivität tatsächlich benötigte (Atwater 1887). Die Kost der Unterschichten war daher ernährungsphysiologisch unsinnig und ökonomisch pure Verschwendung. Personen mit niedrigem Einkommen aßen Dinge, die sie sich eigentlich gar nicht leisten konnten: teure Süßigkeiten für eine Überernährung mit Kohlenhydraten und aus Prestigegründen

kostspielige Fleischstücke. Bei sinnvollerem Konsumverhalten wäre es möglich, viel Geld zu sparen, mit dem bessere Wohnungen und Kleidung finanziert und Mittel für Bildungszwecke gespart werden könnten (Atwater 1885: 72f., 215–222). Zudem könnte durch bessere Ernährung die Arbeitsproduktivität erhöht und so zusätzliches Einkommen geschaffen werden.

Hintergrund war hier die Eiweißlehre von Liebig, nach der sich die Leistungskraft durch den Verzehr von größeren, aber preiswerteren Fleischstücken steigerte. Als Ideal galten daher Suppen und Eintopfgerichte mit großer Fleischeinlage. Damit verfolgten Atkinson und Atwater wahrscheinlich das Ziel, auch persönlich von der Ernährungsreform zu profitieren. Atkinson hatte in den 1880er Jahren eine Kochkiste erfunden, den *Aladdin Oven*. Die Apparatur sparte zwar verglichen mit den aufkommenden eisernen Herden viel Energie ein, erreichte aber nur langsam die für das Kochen erforderliche Temperatur. Deshalb konnten nur jene Gerichte zubereitet werden, die Amerikaner eigentlich nicht gerne aßen, Suppen und Eintöpfe. Der kommerzielle Erfolg des Kochapparates war daher solange begrenzt, wie der Geschmackswandel in der Bevölkerung auf sich warten ließ. Daraus ergab sich der Kontakt mit Mary Hinman Abel und Ellen H. Richards, die beide von der Hauswirtschaftslehre kamen (Levenstein 1988: 48).

Bei Mary Hinman Abel (1850–1938) wird die Verbindung von Sozialreformen und Wissenschaft besonders deutlich. Abel war die Ehefrau des Pharmakologen John Jacob Abel, mit dem sie fünf Jahre in Deutschland und Österreich verbracht hatte. Damals war sie gleichermaßen mit der deutschen Küche wie mit der dortigen Ernährungsforschung konfrontiert worden. Ihre eigene Karriere begann 1888; damals gewann sie einen Aufsatzwettbewerb der *American Public Health Association*. Zum Thema *Practical, Sanitary, and Economical Cooking Adapted to Persons of Moderate and Small Means* hatte der Fabrikant Henry Lomb einen Preis gestiftet. Der Aufsatz von Abel beruhte auf den neuesten Erkenntnissen über Proteine, Kohlenhydrate und Fette. Die US-Hausfrauen sollten sich ein Beispiel an der Kochweise ihrer deutschen Zeitgenossinnen nehmen: Die teuren Filet- oder Lendenstücke wären in der Küche problemlos durch preisgünstige Bohnen oder billigere Fleischstücke zu ersetzen. Zudem enthielt der Aufsatz Vorschläge, wie die Prinzipien der *Neuen Ernährung* in entsprechende Menüs für niedrige oder mittlere Einkommensgruppen umzusetzen waren (Abel 1890). Mit in der Jury, die den *Lomb-Preis* vergab, saß Ellen S. Richards

(1842–1911), eine Chemikerin. Sie war 1884 als erste Frau in das *Massachusetts Institute of Technology* (MIT) berufen worden. Richards hatte sich entschlossen, die wissenschaftlichen Erkenntnisse den Hausfrauen nutzbar zu machen. Sie war überzeugt, dass es nicht darauf ankam, schlechte Gewohnheiten abzustellen, sondern Alternativen aufzuzeigen, wie schmackhaftes, gesundes und preiswertes Essen in der Unterschicht Verbreitung fände.

Richards verständigte sich mit Abel darauf, praktische Studien zur Verbesserung der Ernährung zu betreiben. Zudem suchte Richards die Unterstützung von Atwater, der damals im Beirat des MIT saß. Über ihn stellte sich der Kontakt zu Atkinson her, und alle kooperierten schließlich im Versuch, mithilfe des *Aladdin Oven* die Ernährungsreform voranzubringen. Seine Benutzerinnen sollten lernen, selbst billiges und gesundes Brot zu backen und nahrhafte Eintöpfe herzustellen. Dabei spielte zugleich der Prohibitionsgedanke eine entscheidende Rolle. Denn damals war die Annahme weit verbreitet, wonach die Unterschicht nur deshalb so viel Alkohol trank, weil ihr Essen so miserabel war.

Mary Abel hatte in Deutschland die Volksküchen kennengelernt, die nach den Prinzipien des Grafen Rumford preiswerte und nahrhafte Gerichte anboten. Zunächst versuchten sie und Richards, diese Institution in die USA zu übertragen. Gestützt auf die Dollars der Philanthropin Pauline Agassiz Shaw sollten öffentliche, alkoholfreie Kantinen errichtet werden, die zugleich die Männer vom Besuch der Saloons abhielten. In der ersten *People's Kitchen* dieser Art, der *New England Kitchen* in Boston, wurde in einer für das Publikum einsehbaren Küche unter anderem mit den von Atkinson gelieferten Kochkisten gekocht. Den Initiatoren der *New England Kitchen* war allerdings klar, dass dem Speisen in Volksküchen in Amerika enge Grenzen gesetzt waren. Die Bevölkerung bevorzugte das Essen im Familienkreis. Die Reform musste daher in die Haushalte gebracht werden. Zunächst intensivierten die Betreiber der *New England Kitchen* den Verkauf außer Haus: Ein erster Verkaufsschlager war eine Fleischbrühe, seit November 1891 verkaufte man selbst gebackenes Brot, das auf ein Rezept von Atkinson für ein *Health Bread* zurückging (Richards 1899). Besonderes Aufsehen erreichte die *Rumford Kitchen* auf der Weltausstellung von 1893 in Chicago. Tausende von Besuchern aßen die von Abel und Richards entworfenen und im *Aladdin* zubereiteten Speisen, zugleich wurde der Nährwert der Speisen mitgeteilt.

Die Reformküche hatte jedoch ein Manko: Sie war unter wissenschaftlichen Aspekten und als Billigkost konzipiert und zielte am Geschmack der breiten Massen vorbei. Hinzu kam ein grundlegendes Problem: Es gab kaum noch jene Bevölkerungsschicht, auf die sich die Reformer ausgerichtet hatten. Denn die städtische Unterschicht bestand ab etwa 1890 nicht mehr aus Briten oder Deutschen, sondern überwiegend aus neu eingewanderten Italienern und osteuropäischen Juden. Sie hatten andere Vorlieben oder Speisevorschriften als die vielleicht noch an Eintöpfe mit Schweinefleisch zu gewöhnenden Nord- und Mitteleuropäer. Die *New England Kitchen* fand daher nie die Kundschaft, die sie eigentlich erreichen wollte. Stattdessen versammelten sich in der New Yorker Filiale Geschäftsleute und Lehrer; die Einrichtung in Boston konnte sich nur wegen der Schulspeisung und Krankenkost halten.

Damit waren die Versuche, die *Neue Ernährung* in den USA zu fördern, aber nicht beendet. Als 1892 der Demokrat Grover Cleveland zum Präsidenten gewählt wurde, nutzte Atkinson seine Beziehungen zum neuen Landwirtschaftsminister Frederic Morton. Die Bundesregierung förderte die Errichtung von landwirtschaftlichen Versuchsanstalten. Die erste von diesen in Storrs, Connecticut, kam 1894 nicht zufällig unter die Leitung von Atwater. Die Oberbehörde für die Versuchsanstalten, das *Office of Experiment Stations*, begann damit, die wissenschaftlichen Arbeiten von Richards und Abel zu veröffentlichen. Richards und Abel selbst wandten sich dagegen einer vielversprechenden Aufgabe zu, der Verwissenschaftlichung der Hauswirtschaftslehre. Die *American Home Economics Association* wurde 1909 von Ellen Richards gegründet, und seit 1914 gab Mary Abel das Verbandsorgan *Bulletin of the American Home Economics Association* heraus. Richards und Abel leiteten seitdem eine Organisation zur Verbesserung der täglichen Lebensführung, die zugleich ein wissenschaftliches Konzept vertrat – die *Neue Ernährung*. Sie wurde noch vor dem Ersten Weltkrieg systematisch im Rahmen der Ausbildung in den Colleges gefördert. Außerdem verbreitete sich die *Neue Ernährung* im Schulunterricht und in Koch- und Hausfrauenkursen. Seit der Jahrhundertwende zeichnete sich somit eine Forcierung der Ernährungsreform ab, die sich auf das steigende Interesse der Mittelschichten an einer wissenschaftlich fundierten, gesunden und sicheren Ernährung stützte.

Denn nach 1870 hatte sich die Sozialstruktur rapide gewandelt: Es war eine wohlhabende Mittelschicht entstanden, die sich aus Angestellten, Geschäftsleuten, Akademikern, Beamten und ihren Familien rekrutierte.

Sie versuchte, den luxuriösen Stil der Oberschicht in aufwendigen Clubessen und Dinners für Freunde, Verwandte und Geschäftspartner nachzuahmen. Dies war seit den 1890er Jahren weniger eine Frage der Speisen selbst geworden, denn die Preise für tropische Früchte und bestimmte Fleischstücke waren erheblich gesunken. Problematischer waren die Unterhaltung der Gäste durch Musiker, die Einhaltung der Etikette für ein vornehmes Essen, besonders aber die Zubereitung mehrerer Gänge und die Bedienung bei Tisch durch Hausangestellte. Die dabei gebotenen Gerichte setzten tagelange Vorbereitungen voraus. Zudem erhöhten sich die Ansprüche innerhalb der Familien selbst. Die besser gestellten Berufstätigen speisten mittags zumeist zu Hause: Ehemänner erwarteten dann mehrgängige, warme Mahlzeiten (Sherwood 1887: 273ff.).

Wollte man nach dem Sezessionskrieg als Mitglied der neuen Mittelschicht mithalten, musste man wegen der vielen Arbeit im Haushalt Dienstboten beschäftigen. Besonders Dienstmädchen waren nach 1880 aber immer schwerer zu bekommen; der Dienst im Haus galt als wenig attraktiv. Die Krise beim Dienstpersonal war auch durch Kurse für neue Angestellte und einen Boom bei Lieferservices und Agenturen für bestimmte Anlässe nicht zu lösen. Eine durchgreifende Veränderung war notwendig. Unter anderem deshalb begannen sich die Essgewohnheiten der neuen Mittelschicht um die Jahrhundertwende deutlich zu wandeln. Dies geschah hauptsächlich unter dem Einfluss der *Neuen Ernährung*. Eine zentrale Bedeutung nahm dabei das Hauptwerk von Richards ein, *The Cost of Living* (Richards 1900). Es richtete sich an junge Ehepaare aus den städtischen Mittel- und oberen Mittelschichten, die Richards als Multiplikatoren für die Reform ausgewählt hatte. So sollte zugleich ein positives Vorbild für die Unterschichten aufgebaut werden. Auch dieses Unterfangen wurde von Atkinson und Atwater unterstützt, Letzterer wandte sich vor allem der Grundlagenforschung zu.

Atwater hatte das Respirationskalorimeter erfunden, eine luftdichte Kabine, in der Versuchspersonen oder -tiere tagelang verweilten (Atwater/Benedict 1905). Bis dahin hatten die Wissenschaftler bei Versuchen nur schriftlich festgehalten, welche Mengen von Nahrungsmitteln während eines Tests aufgenommen wurden. Daraus bestimmte man die Bestandteile der Nahrung und errechnete die Kalorienzahl. Die Apparatur dagegen ermöglichte die genaue Ermittlung des Aufgenommenen und Ausgeschiedenen und erlaubte die exakte Bestimmung der Wärme, die bei körperlicher Arbeit erzeugt wurde. Das Respirationskalorimeter erzeugte im Labor von

Atwater eine Flut von Daten über sozial und ethnisch typische Ernährungsstile: Rund 320 Studien entstanden bis zum Tode Atwaters 1907; die Gewohnheiten selbst von Eskimos und Chinesen wurden erforscht; allein 15 Studien befassten sich mit der Kost der städtischen Unterschichten (Langworthy 1907: 361ff.).

Diese Resultate waren vielfältig nutzbar, vor allem wurden sie verwendet, um der Hauswirtschaftslehre eine wissenschaftliche Basis zu geben. Ganz im Sinne von Richards und Abel ermöglichte dies die Gründung von ernährungswissenschaftlichen oder chemischen Fakultäten an Colleges und Universitäten; sie boten zudem Beschäftigung für Chemikerinnen, Medizinerinnen und mittelbar auch Lehrerinnen. Zudem konnte so die *Neue Ernährung* über Colleges, Schulen und Kochkurse in die Mittelschicht verbreitet werden. Widerstand kam von den Hauswirtschaftsschulen im Mittleren Westen. Dort bestanden bis zur Jahrhundertwende zahllose Lehranstalten, an denen gestandene Frauen künftigen Farmerinnen die praktischen Dinge des Hausfrauenalltags vermittelten – etwa Konservieren oder Brotbacken. Nach 1900 begann die *Neue Ernährung,* die Hauswirtschaftslehre allmählich zu verdrängen, zunächst in Staaten wie Illinois und Wisconsin, die zugleich Zentren des Progressivismus waren (Levenstein 1988: 78).

Der Wert der *Neuen Ernährung* erwies sich anfangs in den Großstädten des Nordostens. Dort hatten die meisten Schulen für die Mädchen Kochkurse auf dem Lehrplan. Seit den 1880er Jahren wurde der Unterricht in der Hauswirtschaftslehre auch für die Mädchen auf den Gymnasien obligatorisch. Unter dem Einfluss der *Neuen Ernährung* wandelte sich dieser nach der Jahrhundertwende in eine akademisch angeleitete Unterrichtung über die Chemie der Lebensmittel. Die Folge: Bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges hatten Millionen von jungen Frauen schon in der Schule von Proteinen, Kohlenhydraten und Fetten gehört. Sie konnten ungefähre Angaben über den funktionalen Charakter machen, den die *Neue Ernährung* der Alltagskost beimaß. Ernährung war an Zielen zu orientieren, an der Erhaltung der Gesundheit, an der wirklich notwendigen Menge der Kalorien und an Besonderheiten, die sich durch Jugend, Krankheit oder Alter ergaben. Mit einem derartigen Wissen ausgestattet, waren es die Hausfrauen, die, beeinflusst von Werbung und Verbraucheraufklärung, den Wandel der Esskultur seit der Jahrhundertwende voranbrachten.

Durch die *Neue Ernährung* reduzierte sich nach 1900 die Alltagskost der Mittelschicht auf das nach wissenschaftlichen Kriterien Notwendige. Die

Küche wurde einfacher und erforderte weniger Arbeitsaufwand. Das effiziente Kochen wurde daher in den bürgerlichen Frauenvereinen begeistert aufgenommen. Neben der Prohibition und dem Frauenwahlrecht gelangte so die Qualitätskontrolle für Lebensmittel und die *Neue Ernährung* auf deren Agenda. Die *General Federation of Women's Clubs* förderte sie als wichtigen Beitrag, die Hausarbeit zu verringern und zugleich an wissenschaftlichen Konzepten auszurichten (Campbell 1896: 296f.). Hinzu kam die Tendenz, der Haushaltsführung jene Ressourcen zur Verfügung zu stellen, die die Industriegesellschaft anbot. Gerade dies war die Ursache für eine Neubewertung industriell verarbeiteter Lebensmittel. Sie nahm von der *Neuen Ernährung* ihren Ausgang und verband sich bald mit der Gedankenwelt eines Frederick W. Taylor (1856–1915): Er begeisterte sich an der Vorstellung, über die Arbeitswissenschaft selbst die Küchenarbeit zu revolutionieren. Zeit- und Bewegungsstudien untersuchten selbst das Eierkochen (Bruere/Bruere 1912: 104).

Eine wirklich tayloristische Umorganisation der Hausarbeit setzte sich – zum Glück – zwar nicht durch. Zweifellos aber vereinfachte sich die Alltagskost. Die Mittelschichten wandten sich vom Vorbild der französischen Küche ab und britischen Kochtraditionen zu. Viele nach 1900 verlegte Kochbücher setzten gezielt auf diesen Traditionsaspekt; schon in den Titeln wurden wieder Begriffe wie *New England* oder *Boston* in den Mittelpunkt gerückt. Tatsächlich jedoch bot die neue Generation der Kochbücher eine Synthese an: Traditionelle Gerichte wurden den Prinzipien der *Neuen Ernährung* angepasst, was sich allein an der Vielzahl der Fleisch- und Kartoffelgerichte erwies. Das vielleicht einflussreichste dieser Werke war das *Boston Cooking-School Cook Book* von Fannie Merritt Farmer (Farmer 1896). Zwar enthielt auch ihr Lehrwerk Vorschläge für bis zu zwölfgängige Menus; die meisten Rezepte waren aber eher schlicht gehalten. Für Mittag- und Abendessen waren zumeist nur noch zwei Gänge vorgesehen: ein Hauptgericht mit Fleisch oder Fisch, Gemüse und Kartoffeln sowie ein Nachtisch. Auch die Zubereitung wurde erheblich einfacher. Eintöpfe und Suppen hatten Konjunktur sowie gekochte, gestampfte oder gebackene Kartoffeln. Eine Ausnahme bildete allein das Frühstück – es blieb kräftig und damit der amerikanischen Tradition verpflichtet (vergleiche Lincoln 1891).

Der *Neuen Ernährung* sollte zwar die Zukunft gehören, aber sie war streng genommen nur eine von mehreren Reformbewegungen. Im Jahrzehnt vor dem Ersten Weltkrieg verbreiteten sich diverse Schulen von Ve-

getariern und deren genauer Gegensatz, die *Nur-Fleisch-Esser*, zum Beispiel nach der *Salisbury-Diät*. Manche Ernährungsapostel empfahlen, wie in Deutschland Lebensmittel nur roh zu genießen, andere, grundsätzlich alles zu kochen. Diese zunächst alternativ verstandenen Konzepte flossen nach 1900 in die Fortentwicklung der *Neuen Ernährung* ein. Ein großer Einfluss ging dabei von zwei Personen aus, von John Harvey Kellogg und von Horace Fletcher. Kellogg war um die Jahrhundertwende weltberühmt, suchte gleichwohl den Kontakt zur Hauswirtschaftslehre und beehrte deren zentrale Veranstaltungen gelegentlich mit seiner Anwesenheit (Carson 1957: 8–14). Im Jahre 1908 traten Fletcher und Kellogg auf einer Tagung in Chautauqua, New York, auf, wo beide zur Reduzierung der Tagesrationen der Amerikaner aufriefen. Über derartige Veranstaltungen verbreitete sich zunächst innerhalb der Hauswirtschaftslehre die Überzeugung, die Menge der täglich aufgenommenen Nahrung wäre erheblich zu verringern.

Im Gegensatz zu Kellogg war Fletcher kein Vegetarier, und er versuchte, seine Ernährungslehre mit wissenschaftlichen Theorien in Einklang zu bringen – wenn diese auch, wie bei manchen Gurus der Lebensreform ohnehin, eigentlich auf reinem Unsinn beruhte. Bei Fletcher war der zentrale Ansatzpunkt die Mastikation. Er vermutete in der Mundhöhle ein Organ, das für die Nahrungsaufnahme eine Art Filterfunktion hatte. Es entschied, ob der Körper die angebotene Kost überhaupt benötigte. Als Test waren die Lebensmittel daher so lange zu zerkauen, bis sie in ihre Bestandteile zerlegt und geschmackslos geworden waren. Das Signal des Mastikationsorgans war der Grad jenes Widerwillens, mit dem geschluckt wurde. Getränke sollten eine halbe Minute im Mund behalten werden, bevor sie über die Speiseröhre verschwinden durften. Von beidem erhoffte sich Fletcher eine Reduktion der Speisemengen und damit einen Beitrag zur Gesundheit (vergleiche Fletcher 1906; Foster 1906: 18ff.; Whorton 1982: 168ff.).

Drei Punkte immerhin unterschieden Fletcher von vielen anderen Reformern: Erstens empfahl er zur Hebung der Gesundheit – im Gegensatz zur *Neuen Ernährung* – eine deutliche Reduktion des Verzehrs von Fleisch und tierischem Fett. Zweitens demonstrierte Fletcher seine durch Ernährungswandel gewonnene Fitness selbst, etwa durch sportliche Leistungen. Drittens war Fletcher bereit, seine Lehren wissenschaftlich testen zu lassen. Für die weitere Verbreitung seiner Ideen spielte daher ein Physiologe, Russell H. Chittenden (1856–1943) von der Yale Universität, eine wichtige Rolle. Er war ursprünglich ein Gegner des Vegetarismus gewesen

und hatte ähnlich wie Atwater Fleisch in hohen Rationen als unverzichtbar angesehen. Fletcher ließ sich persönlich von Chittenden untersuchen, der erstaunt feststellte, dass sich sein Patient bei Halbierung der täglichen Proteinzufuhr à la Atwater bester Gesundheit erfreute. Chittenden selbst stellte seine Kost entsprechend den Empfehlungen Fletchers um: Bald verschwanden Rheuma und Kopfschmerzen, und er wurde leistungsfähiger als je zuvor (Chittenden 1903: 123ff.).

Chittenden hielt wahrscheinlich die Grundannahme Fletchers, das Mastikationsorgan, für reinen Unsinn. Allerdings ging er mit Blick auf die Interessen seines Auftraggebers mit dieser These rücksichtsvoll um. Denn Chittenden hatte etwas Wichtiges erkannt: Weniger tierische Fette und Proteine aufzunehmen, förderte die Gesundheit. Er argumentierte gegen die Thesen von Atkinson und Atwater und generell gegen die Eiweißlehre Liebigs. Weniger Fleisch und überhaupt weniger zu essen war nicht vorrangig aus wirtschaftlichen, sondern aus gesundheitlichen Gründen wichtig. Mit der Erkenntnis, dass Mangel und Übermaß in der Ernährung gleichermaßen schädlich waren, lieferte Chittenden einen zentralen Beitrag zur Ernährungsreform. Denn das Kriterium der Gesundheit war für die reformwilligen Mittelschichten inzwischen wichtiger geworden als Sparzwänge, die ohnehin nicht mehr aktuell waren.

Chittenden und Fletcher war es daher zu verdanken, dass die amerikanische Mittelschicht nach 1900 ihre Ernährung noch weitgehender umstellte, als es die *Neue Ernährung* verlangt hatte. Man richtete die Alltagskost nicht allein an Kriterien wie Effizienz und Preis neu aus, man verspeiste nun auch weniger Tierprodukte und überhaupt geringere Mengen. So löste sich die Mittelklasse noch weiter aus dem Zwang, aufwendig, viel und teuer zu speisen, um mit der Oberschicht mithalten zu können (Goldstein 1992: 41ff.). Zeitschriften wie das *Ladie's Home Journal* oder der *Scientific American* schwenkten nach 1908 rasch auf jene Linie ein, die Fletcher und Chittenden vorgegeben hatten. Dazu trugen weitere wissenschaftliche Forschungen bei, so *The Nutrition of Man* von Chittenden und *The Chemistry of Food and Nutrition* von Henry C. Sherman (Chittenden 1907; Sherman 1911). Das Werk von Sherman war eine schwere Niederlage für die Schüler von Atwater (125 Gramm reines Protein am Tag), denn Sherman (75 Gramm) näherte sich in seinen Empfehlungen zur täglichen Proteinzufuhr denjenigen von Chittenden (60 Gramm) an.

Zwar sollte man den nach 1900 zu beobachtenden Wandel in den Ernährungslehren nicht überbewerten. Die durchschnittlichen Amerikaner

verspeisten tagtäglich noch immer ordentliche Mengen, und die Oberschicht behielt ihre Vorliebe für die *Haute Cuisine* bei. Allmählich aber verwandelte die *Neue Ernährung* die Esskultur. Dafür gab es viele Indizien: Nach der Jahrhundertwende waren die Reformideen häufiger in Kochbüchern präsent. 1914 wurden durch den *Smith-Lever Act* die Kompetenzen für Hauswirtschaftslehre neu geregelt, und seit 1917 erhielten Landwirtschafts- und Haushaltsschulen bundesstaatliche Mittel, um wissenschaftlich geschulte Expertinnen einzustellen. Hinzu kamen nach 1910 die Lebensversicherungen, die aus ökonomischen Gründen an einer Verbesserung der Ernährung ihrer Klientel interessiert waren. Als nach 1911 die Vitamine entdeckt wurden, veränderte dies endgültig den Schwerpunkt der Ernährungsreform: Seitdem stand nicht mehr die Wirtschaftlichkeit, sondern die Gesundheit in ihrem Mittelpunkt. Bis zur sensationellen Entdeckung von Casimir Funk (1884–1967) war die Ernährungsreform stark von der Bakteriologie beeinflusst. Bestimmte Lebensmittel oder deren übergroßer Konsum galten als Nährboden für bakterielle Infektionen. Die Reduktion der Kost war auch eine Prophylaxe gegen unliebsame Krankheitskeime gewesen. Die Vitaminforschung zeigte etwas ganz anderes: Der Mangel an bestimmten Substanzen konnte genauso eine Ursache für Krankheiten sein wie der Überfluss. In diesem Wechsel der Prioritäten von der Wirtschaftlichkeit zur Gesundheit wurde die *Neue* zur *Neueren Ernährung.*

Diese Entwicklung wurde durch den Ersten Weltkrieg, der auch in den USA Versorgungsmängel mit sich brachte, erheblich beschleunigt. Schon vor dem offiziellen Kriegseintritt, etwa seit 1916, machte sich der Bedarf der Entente bemerkbar. Dies galt besonders für jene Lebensmittel, die bis dahin die Alltagskost der städtischen Unterschicht geprägt hatten: Brot, Kartoffeln, Zwiebeln und Kohl. Bis zum Februar 1917 verschärfte sich die Lage derart, dass in einigen Großstädten Läden geplündert wurden. Seitdem bemühten sich Bundesregierung, Bundesstaaten und Gemeinden um die Sicherstellung der Massenernährung. Dabei wurde die *Neue Ernährung* immer einflussreicher, denn Behörden und Hilfsorganisationen verteilten Nährwerttabellen, die sich auf Ratschläge von Wilbur O. Atwater beriefen. Die im Krieg wieder aufkommenden Bemühungen um die Ernährung der Unterschichten blieben jedoch so wirkungslos wie zuvor. Dazu fehlte ein wirklicher Handlungszwang, die Versorgungsmängel waren kurzzeitig und blieben auf wenige Grundnahrungsmittel beschränkt. Der Krieg verursachte in den USA keine Versorgungskrise, wie sie die Mittelmächte und Russland zu erleiden hatten.

Der Weltkrieg beschleunigte jedoch eine andere Entwicklung, von der Deutschland damals weit entfernt war: Angesichts eines selbst durch den Weltkrieg nur kurzzeitig eingeschränkten, historisch einmaligen Angebots griff die Angst vor Fehl- oder Unterernährung um sich. Sie erfasste in den Jahren zwischen 1907 und 1921 immer mehr Amerikaner. 1907 hatte Robert Chapin, ein Sozialreformer aus New York, den Ernährungsforscher Frank Underhill mit einer Enquête beauftragt. Underhill kam zum Ergebnis, dass die meisten Arbeiter fehl- oder mangelernährt waren (Underhill 1909: 277ff.). Die Resultate waren Wasser auf die Mühlen all jener Sozialreformer, die immer schon erhebliche Defizite bei ihrer Klientel vermutet hatten. Schließlich galten bis zu einem Drittel aller Arbeiterfamilien als unter- oder fehlversorgt (Streightoff 1911: 98).

Interessant war, wie sich der Einfluss der *Neuen Ernährung* bemerkbar machte. Denn selbst bei den Sozialarbeitern galten nun nicht mehr zu geringe Einkommen, sondern mangelndes Ernährungswissen als ursächlich. Dies machte sich seit 1912 in zweierlei Hinsicht bemerkbar: Es kam zu einem Begriffswechsel, *under-fed* wurde durch *under-nourished* und *malnourished* ersetzt. Zudem verlagerte sich der Schwerpunkt der Bemühungen – von der gesamten Unterschichtfamilie auf deren Kinder. In den Mittelpunkt rückte die Schulspeisung. Sie sollte die Auswirkungen jener Mangelkost beheben, die unwissende Mütter, oft Einwanderinnen der ersten Generation aus Süd- oder Osteuropa, ihren Kindern vorsetzten.

Die Schulspeisung orientierte sich zumeist an jenen Standards, die die *Neue Ernährung* vorgegeben hatte. So förderte sie außerdem die Vereinheitlichung der Ernährung. Besonders die aus Italien stammenden Familien behielten in den USA lange ihre Essgewohnheiten bei. Viele Kinder lernten daher erst durch die Schule *amerikanische* Kost kennen, etwa Sandwiches. Unter- oder Fehlernährung hatten aber seit dem Ersten Weltkrieg nicht nur die Funktion, Neueinwanderer und Unterschichten zu amerikanisieren. Manche Forscher hielten selbst die Masse der oberen Bevölkerungssegmente für unter- oder fehlernährt. In Spezialkliniken, wie denen von William R.P. Emerson, wurden Patienten geradezu gemästet. Zwar war dies nur kurzfristig populär, denn vielen Fachleuten widerstrebte die Idee, Wettbewerbe zur Gewichtszunahme zu veranstalten. Allmählich setzte sich jedoch als eine weitere Erkenntnis durch, dass auch die sozial besser Gestellten falsch ernährt sein konnten. Besonders Lydia Roberts (1879–1965) machte sich zur Propagandistin dieser Vorstellung (Roberts 1927).

Zur Sicherstellung der Massenversorgung war Anfang 1917 die *U.S. Food Administration* (USFA) geschaffen worden. Sie trat bis zum offiziellen Kriegseintritt der USA zunächst als nicht-staatliche Organisation auf und übernahm erst nach dem April 1917 gesetzliche Kompetenzen. Seitdem war sie befugt, Nahrungsmittel zu erwerben und zu verteilen; sie durfte Preise regulieren und Rationierungen anordnen. Der Leiter der Behörde, Herbert Hoover, hatte schon die ersten Wochen des Jahres 1917 genutzt, um sein Konzept durchzusetzen: statt der Rationierung die freiwillige Einschränkung bei Weißmehl, Fleisch, Zucker und Butter. Im Team von Hoover waren viele Anhänger der *Neuen Ernährung* versammelt. Ein wichtiges Ziel der USFA war der Kampf gegen die Verschwendung. Dies entsprach ganz der *Neuen Ernährung*, die versuchte, gesunde Kost preiswert zu gestalten. Deshalb wurde die Ernährungslehre seit Kriegseintritt massiv staatlich gefördert. Ihre Anhänger nutzten die Gunst der Stunde und produzierten Aufklärungsmaterial in großen Mengen. Kochbücher wurden aufgelegt, in denen die Prinzipien der *Neuen Ernährung* mit den Herausforderungen des Krieges verbunden wurden: Verwendung preiswerter beziehungsweise verfügbarer Produkte, ausreichende, aber nicht übermäßige Versorgung mit Kalorien und Inhaltsstoffen sowie Austauschbarkeit von Grundprodukten. Das im Krieg knappe Rindfleisch konnte durch Geflügel, Fisch oder Lamm ersetzt werden (Allen 1918; Franks 1918).

Das *U.S. Department of Agriculture* nutzte das Interesse an der Alltagskost, um umfangreiche Studien über die Massenernährung durchzuführen. Das neu geschaffene *Office of Home Economics* sandte Hunderte von Wissenschaftlern in die Haushalte des Landes. Erfasst wurden Mengen und Ausgaben für Proteine, Kohlenhydrate, Mineralstoffe und Fette. Den Experten in den Behörden gelang es so, den Frauenvereinen die Führung in der Frage der Kriegsernährung zu entreißen. Dies hing mit dem Scheitern der ersten Propagandawelle für jene *Pledge Cards* zusammen, mit denen sich die Hausfrauen auf ein Wirtschaften im Sinne kriegswirtschaftlicher Ziele einschwören sollten. Erst als die USFA die Federführung übernahm, erreichte man bis Herbst 1917 die freiwillige Verpflichtung von rund der Hälfte der 24 Millionen US-Familien. Gegen Ende des Krieges arbeiteten Millionen für ein Ziel – eine zugleich kriegswirtschaftlich relevante und gesunde Ernährung. Damit war keineswegs – wie zeitgleich in Europa – echte Entsagung verbunden: Erwartet wurde ja nur, Rind- oder Schweinefleisch durch Hühnchen oder Fisch zu ersetzen und generell mehr Früchte, Gemüse und

Getreideprodukte zu verspeisen (U.S. Food Agency 1918a; U.S. Food Agency 1918b).

Wahrscheinlich führte der Weltkrieg tatsächlich zu jenen Verhaltensänderungen, die zugleich im Sinne von Kriegswirtschaft und Ernährungslehre waren. In der Mittelschicht verringerte sich der Verbrauch von Schweine- und Rindfleisch, entsprechend erhöhte sich derjenige von Gemüse, Früchten und Milch. In der Unterschicht war die Gesundheitspädagogik von USFA und *Office of Home Economics* wenig wirksam. Hier wurde der Wandel über den Militärdienst transportiert. 1917 kam das erste Armeekochbuch heraus, das maßgeblich durch die *Neue Ernährung* beeinflusst war (U.S. War Department 1917). Die Feldküchen waren nun aufgefordert, eine ausgewogene Kost aus Eiweiß, Kohlenhydraten und Fett anzubieten. So lernten Hunderttausende von Eingezogenen, Soldaten aus dem Süden und Südwesten und Abkömmlinge von Einwanderern aus Süd- und Osteuropa, gleich zwei kulinarische Neuerungen kennen: die Standardnahrung der weißen Mittelschicht aus den Nordstaaten und die durch die *Neue Ernährung* veränderte Kost. Durch die patriotische Propaganda und die Verpflegung im Felde erfuhren Millionen von Amerikanern von Kalorien oder anderen Inhaltsstoffen wie Fett oder Proteinen. Außerdem hatten sie nun zumindest davon gehört, dass bestimmte Produkte problemlos gegen andere ausgetauscht werden konnten. Allmählich verschob sich der Fokus des Wandels von der Wirtschaftlichkeit zur Gesundheit.

Dies wurde durch die Entdeckung der Vitamine noch weiter forciert. Sie wurde durch die Debatte ausgelöst, ob Säuglinge gestillt werden müssten oder ob sie durch die neuartige Kindernahrung nicht ebenso gut versorgt waren. Experimente zeigten Schädigungen oder Tod von Jungtieren, die für Fütterungsexperimente mit Säuglingsnahrung hatten herhalten müssen. Seit 1908 führte Elmer McCollum (1879–1967) an der Yale Universität eine Versuchsreihe mit Ratten durch, wobei er zu einem ähnlichen Ergebnis kam: Die Kost von Mensch und Tier enthielt nicht nur die von Liebig beschriebenen Bestandteile, sondern weitere, noch unbekannte Substanzen. Sie waren für das Überleben offenbar unabdingbar. 1911 fand Casimir Funk eine wasserlösliche Substanz, das spätere Vitamin B. Im folgenden Jahr identifizierte McCollum eine fettlösliche Chemikalie, die schließlich Vitamin A genannt wurde. McCollum gelang bis 1916 der Nachweis, dass Vitamin-A-Mangel bei Ratten zu Seh- und Wachstumsstörungen führte. Außerdem zeigte er den Zusammenhang auf zwischen Vitamin-B-Mangel und der Krankheit Beriberi. Diese Erkenntnisse lösten

eine intensive Suche nach weiteren Bestandteilen in der Nahrung aus. Schon lange war vermutet worden, dass Skorbut eine Mangelerkrankung war. Anfang der 1920er Jahre wurde eine Substanz in Zitrusfrüchten nachgewiesen, die das entsprechende Krankheitsbild beeinflusste. Seit 1928 wurde sie Vitamin C genannt. Im Jahre 1922 hatte McCollum die Rachitis als Mangel an Vitamin D erklärt. In den folgenden zehn Jahren wurden weitere Vitamine, Mineralien und Spurenelemente gefunden. Die Entdeckungen brachen der *Neueren Ernährung* Bahn, die eine ausreichende Versorgung mit *protective foods* verlangte (McCollum 1918).

Es gelang erst nach 1930, Vitamine kostengünstig zu synthetisieren. Sie mussten deshalb durch natürliche Lebensmittel aufgenommen werden. Außerdem war es weiter unklar, welche Mengen etwa von Vitamin A der menschliche Körper tatsächlich benötigte. Davon konnten alle Erzeuger von Lebensmitteln profitieren, wenn sie nur behaupteten, Produkte anzubieten, die für die Vitaminversorgung wertvoll waren. Die *Vitamania* erfasste überwiegend die Mittel- und Oberschicht, was zunächst erstaunt. Denn anders als in manchen Gebieten Europas waren echte Mangelerkrankungen in den USA selten. Das eigentliche Motiv für die Nachfrage nach *protective foods* war die Vorbeugung: Vitamine (und später Mineralien und Spurenelemente) waren entscheidend geworden, wenn es galt, die Gesundheit zu verbessern sowie Kindern und Heranwachsenden Körperwachstum und gute Sinnes- und Verstandesgaben zu garantieren (Apple 1997: 123). Die Gabe von Mineralien, Spurenelementen und Vitaminen wurde als Zeichen mütterlicher Fürsorge geschätzt. Sie war daran messbar, inwieweit Kinder Durchschnittsgröße oder -gewicht im entsprechenden Lebensalter erreichten. Besonders Kuhmilch, angeblich reich an Vitamin A, galt als Wunderelixier.

Einen großen Einfluss hatte die *Neuere Ernährung* auf die Lebensmittelindustrie. Die neuen Ideen vom Gesundheitswert richteten sich durch die *Vitamania* auf jene Produkte aus, die wie Milch, Käse, Früchte und Gemüse vorwiegend noch von kleinen wirtschaftlichen Einheiten hergestellt und verkauft worden waren: von den Bauern selbst oder von Milch- und Gemüseläden um die Ecke. Dies änderte sich nach 1915 rapide. Unterstützt von den Landwirtschaftsministerien der US-Staaten, befördert durch die Verkehrsrevolution und den zunehmenden Bedarf, entstanden Großkonzerne oder Genossenschaften. Sie vermarkteten nun mithilfe umfangreicher Werbekampagnen ihre Produkte nationsweit. Die Konsumenten standen den neuen Markenartikeln zunächst misstrauisch

gegenüber. Großkonzerne wie General Foods oder J. P. Morgan mussten daher lange um das Vertrauen der Verbraucher werben. Diese Werbung für Lebensmittel wurde nun ohnehin immer bedeutsamer, denn in den 1920er Jahren war die große Masse mehr als ausreichend mit Nahrung versorgt. Der Umsatz einer Handelsware konnte nur noch wachsen, wenn die Verbraucher ihre Gewohnheiten veränderten. Daher setzte ein erbitterter Wettbewerb zwischen Unternehmen und Erzeugerverbänden um die Käufer ein. In der Werbung spielte nun jeweils der gesundheitliche Wert der Kost die entscheidende Rolle. Propagiert wurde dies durch neuartige Methoden, so wurde etwa *Betty Crocker* als Werbeträgerin für Weizenmehl erfunden. Sie hatte zunächst nur als fiktionaler Briefkasten gedient, um Anfragen von Hausfrauen zu beantworten, wurde aber schließlich für die Printwerbung mit einem Gesicht und für die Werbung im Radio mit einer Stimme ausgestattet (Marks 2007).

Generell waren Vitamine, Mineralien und Spurenelemente optimal für die Produktwerbung. Denn die gesunden Substanzen waren farb- und geschmackslos. Bis in die frühen 1930er Jahre waren weder der Gehalt in den Lebensmitteln noch deren Resorption im Körper genau bestimmbar. Daher konnte ein cleverer Werbemanager – mit dem Argument der Gesundheit – faktisch alles über ein Erzeugnis behaupten. Die *Neuere Ernährung* wurde zuerst von jenen Unternehmen beworben, die die industrielle Produktion von *gesunden* Lebensmitteln ohnehin vorangetrieben hatten – die Erzeuger von Frühstücksmüsli. Vielleicht war die Firma Post die erste, die solche Ideen aufgriff. Sie behauptete einfach über ihre *Grape-Nuts*, diese wären hervorragend geeignet, um Kinder mit Eisen und Kalzium zu versorgen. Die Firma Fleischmann, ein Großhersteller von Backhefe, gab ein weiteres Beispiel für jene Vermischung von Wissenschaft, Halbwahrheit und Lüge, die seitdem gesundheitlich ausgerichtete Produktwerbung beherrschte: Fleischmann stellte Kekse her, die als Vitaminquelle gepriesen wurden. Millionen Amerikaner nahmen seitdem die angeblich notwendige Tagesdosis an Vitaminen zu sich – über drei bis vier Hefekekse, die sie in Wasser, Milch oder Fruchtsaft auflösten. Auch Gesundheitssalze oder Schokolade wurden als Quellen für *protective foods* beworben (Young 1967: 335). Sogar das Trinken von Orangensaft wurde als Kariesprophylaxe dargestellt (Schlink 1935: 107). Milch, ein Lebensmittel, das bis dahin nur für Säuglinge, die ungenügend mit Muttermilch versorgt wurden, bedeutsam war, wandelte sich zu einem Wundermittel für alle – für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Hinter dieser Neubewertung stand die Wer-

bemacht der Molkereien, die sich in immer größeren Einheiten zusammenschlossen, in Unternehmen wie *National Dairy Products* oder *Borden's*. Der Trend zur Milch verstärkte sich noch, weil Geschmacksverstärker für Kuhmilch aufkamen, zum Beispiel Kakaopulver. Der Milchkonsum wurde als gesund in den Schulen gefördert und erreichte schon um 1925 bis dahin unbekannte Ausmaße.

Eine Schwachstelle der *Neueren Ernährung* war, dass viele der wertvollen Inhaltsstoffe durch die industrielle Verarbeitung verloren gingen. Elmer McCollum, der zeitgenössisch führende Ernährungsforscher, hatte selbst derartige Qualitätsminderungen beim Weizenmehl nachgewiesen (McCollum 1929: 598). Gleichwohl unterzeichnete McCollum nur wenige Jahre später einen Beratervertrag bei *General Mills*, einem großen Mühlen-unternehmen. Seitdem trat McCollum gegen jene Kritiker auf, die Vorschriften zur Sicherung des Nährwertes von Brot und Mehl verlangten. Diese persönliche Wendung war bezeichnend und zeigte einen wichtigen Unterschied zwischen *Neuer* und *Neuerer Ernährung* auf. Ursprünglich hatte die Reform darauf gezielt, die wirtschaftliche Lage der Unterschichten zu verbessern. Die führenden Wissenschaftler der folgenden Generation stellten sich dagegen in den Dienst der Großkonzerne. Diese ermöglichten dafür eine Grundlagenforschung, die im universitären Rahmen kaum noch möglich war. Immerhin erbrachte auch diese Kooperation Fortschritte: So bestätigte sich selbst in den industriefinanzierten Studien die Deprivation von Lebensmitteln durch großtechnische Prozesse. Zugleich wurden Möglichkeiten entdeckt, bei der Verarbeitung Vitamine und Mineralstoffe wieder zuzufügen. Ein zukunftsträchtiges Ergebnis der Industrieforschung war das Verständnis der physiologischen Funktion von Mineralstoffen wie Eisen und Jod. In der Lebensmittelindustrie eröffnete sich in den 1920er Jahren so ein neues Tätigkeitsfeld, denn die Großkonzerne beschäftigten zahlreiche Ernährungsexperten und Werbefachleute. Deren Zusammenwirken in den Vorstandsetagen führte zu einem *co-operative design* für industrielle Massennahrung. Die neuen Produkte hatten nicht nur gesund zu sein, sie mussten sich auch attraktiv präsentieren.

Beide Aspekte gingen unmittelbar in den Schulunterricht ein. Millionen von Mädchen und Jungen hörten während der Gesundheitskurse das Credo der *Neueren Ernährung*. Die tägliche Kost hatte nicht nur Eiweiß, Fett und Kohlenhydrate zu enthalten, sondern auch Eisen, Kalzium und Vitamine. Sie hatte abwechslungsreich und schmackhaft zu sein. Als Hausfrauen versuchten die damaligen Schülerinnen dann später, diese Prinzi-

pien in ihre Alltagskost zu integrieren. Dabei wurden sie wiederum von der Großindustrie durch Kochbücher angeleitet (General Mills 1950). Außerdem spielten Frauenzeitschriften nun eine noch wichtigere Rolle. Generell waren dort Ernährung, Kochen und Gesundheit zentrale Themen. Da inzwischen die Lebensmittelkonzerne zu den wichtigsten Anzeigenkunden gehörten, richteten die Zeitschriften ihre Berichterstattung auf deren Bedürfnisse aus. Die Industrieprodukte wurden daher in der Regel sehr positiv dargestellt. Auch die Konzernleiter wurden als Personen porträtiert, die gesünderes Essen unter die Amerikaner brachten. Diese Gesamttendenz wurde für die Leserinnen in den jeweiligen Reportagen, Rezeptvorschlägen und Kolumnen nett verpackt und immer wieder bestätigt. *Good Housekeeping* war das auflagenstärkste Frauenblatt jener Jahre. Es arbeitete besonders eng mit der Industrie zusammen. Die Zeitschrift versah Massenerzeugnisse mit einem Gütesiegel, das ihre Unbedenklichkeit attestierte.

Ernährungswissenschaften, Industrie, Medien, Schulen, Kirchen und Behörden wirkten in der Zwischenkriegszeit auf dasselbe Ziel hin: eine preiswerte, gesunde und standardisierte Massennahrung. So warben nicht nur Unternehmen und Medien für einen Wandel der Kost. Der *U.S. Public Health Service* und das Rote Kreuz beteiligten sich durch Plakate und Aufklärungsschriften. Bis zur Großen Depression hatten sich die neuen Prinzipien in den sozial besser gestellten Schichten verbreitet. Durch die *Neuere Ernährung* bildete sich eine national homogene, amerikanische Standardkost heraus. Sie beruhte auf dem angelsächsischen Vorbild, hatte aber zugleich die technischen und wissenschaftlichen Errungenschaften der Zeit seit dem Sezessionskrieg mit aufgenommen. Zentrales Prinzip war nun der Gesundheitswert der Kost, in dem sich zugleich ein erheblicher nationaler Assimilationsdruck widerspiegelte. Denn der hegemoniale Anspruch dieser Küche zeigte sich auch in jenen Kochkursen, die im Süden Kaliforniens für Mädchen mexikanischer Herkunft abgehalten wurden. Sie wurden dort zugleich mit amerikanischer Kochkunst und Staatsbürgerkunde versorgt (Ellis 1929: 26ff.).

Diese Kostvereinheitlichung verwies auf zahlreiche soziale Veränderungen, die sich zeitgleich zutrugen. So änderte sich die Berufstätigkeit unter den Frauen. Wichtiger als eine absolute Zunahme war der Wandel der Beschäftigungsart. Um 1900 waren berufstätige Frauen hauptsächlich in der verarbeitenden Industrie tätig gewesen; schon gegen Ende der 1920er Jahre war dies von der Arbeit im Dienstleistungssektor überrundet worden. Junge Frauen hatten nun kaum noch Interesse an einer Stellung

als Haus- oder Küchenmädchen (Kessler-Harris 1982: 217–230). Das Verschwinden einer traditionellen Gruppe, der Dienstboten, reduzierte weiter jenen Aufwand, den man für die Kost treiben konnte. Allgemein ging der Anspruch selbst bei Festlichkeiten erheblich zurück. Dieser Trend spiegelte einen Wandel zu Schlichtheit und Rationalität. In der Mittelschicht traf man sich nicht mehr zu jenen Fressorgien, die im 19. Jahrhundert üblich gewesen waren, sondern zum Bridge oder zu Partys, die vielleicht sogar alkoholfrei abliefen. Inwieweit die Prohibition auf die Esskultur einwirkte, war schwierig zu beantworten. Immerhin verschwand der Alkohol aus Kochbüchern und von Speisekarten (Wandersee 1981). Vieles deutet auf die Bereitschaft der damaligen Verbraucher hin, den Geschmack frischer oder selbst hergestellter Produkte für Bequemlichkeit und Zeitersparnis zu opfern (Rutherford 2003: 162).

Hinzu kam der Wandel der Beziehungen zwischen Männern und Frauen. Seit dem Ersten Weltkrieg begann das System der gesellschaftlichen Differenzierung nach Geschlecht langsam zu erodieren. Nun kam das soziale Leitbild des Ehepaares auf. Zwar gab es noch häufig die Trennung von Männern und Frauen nach Erwerbs- und Hausarbeit. Ehepaare hatten nun aber zumindest gemeinsam ihre Freizeit zu verbringen und ihre sozialen Kontakte zu pflegen. Dies stellte Frauen vor neuartige Herausforderungen, etwa was ihr körperliches Erscheinungsbild betraf. In den 1920er Jahren kam durch die Verewigung der Flirtphase auch zwischen den Verheirateten ein Schönheitsideal auf, das erheblichen Einfluss auf die Esskultur hatte: die weibliche Schlankheit. Vorausgegangen war die feministisch und gesundheitlich motivierte Kritik an der Frauenkleidung. Seit etwa 1900 waren Frauen aufgefordert, mäßig anspruchsvolle Sportarten zu betreiben. Radfahren, Tennis oder Schwimmen waren in umständlichen Kostümen unmöglich. Dadurch und durch den Wandel in der Berufstätigkeit änderte sich die Frauenmode: Weibliche Berufstätige in Büros oder Geschäften hatten nicht nur elegant, sondern auch praktisch gekleidet zu sein.

Nach 1920 entwickelte sich ein konfektioniertes Angebot in der Damenmode. Dieser oft als Befreiung des Körpers interpretierte Wandel hatte jedoch einen Nachteil, denn mit der Sichtbarkeit der weiblichen Formen änderte sich das Schönheitsideal: Als vorbildlich galten seitdem schlanke, beinahe knabenhafte Frauen, die in den USA *Flapper* und in Deutschland *Girl* genannt wurden. Die Nachahmung des Ideals zeigte vielen Frauen Grenzen auf, denn die neue Mode legte Übergewicht erbar-

mungslos bloß. Der Zwang zur schlanken Form erfasste auch die Männer; der Bauch, bisher Symbol von Gesundheit und hohem sozialem Status, wurde zu einem Zeichen für Alter und Unbeweglichkeit (Goldstein 1992: 48ff.).

Unter anderem wegen der höheren natürlichen Fettanteile setzte das Schlankheitsideal Frauen jedoch unter höheren Druck. Zudem galt schlank zu sein nun als gesund. Traditionell hatte das Untergewicht als wichtigstes Problem der Körperproportionen gegolten; ab 1920 begann die Themenkarriere des Übergewichts, und schon ab 1923 fokussierte sich das Interesse von Kochbuchautoren und Medizinern auf Ratschläge zur Gewichtsreduktion. Kalorien zählen und Diäten wurden zur Obsession der Frauen aus der Mittelschicht. Die *Neuere Ernährung* passte vorzüglich zu diesem Schlankheitskult. In den 1920er Jahren entstand ein Ernährungsstil, der bis heute die Alltagskost in den USA prägt: ein Frühstück mit Zitrusfrüchten, Müsli, Eiern und Toast; ein leichtes Lunch, das oft nur aus einem Sandwich bestand; gebratenes Fleisch mit Gemüse und Kartoffeln abends als Hauptmahlzeit (Peters 1922: 56f.).

Die Entwicklung spiegelte sich im Niedergang der Restaurants wider. Hier wirkten *Neuere Ernährung*, Amerikanisierung und Alkoholverbot zusammen. Schnellrestaurants, Cafeterias, Milchbars, Sandwich- und Snackshops entstanden. In den 1930er Jahren breiteten sich die Kettenrestaurants aus, die landesweit identische Gerichte anboten. Diese beruhten auf vereinfachten Rezepten und Menüs. Kaum etwas symbolisiert den Verfall der Esskultur besser als der Umstand, dass John Harvey Kellogg 1929 Sprecher der *National Restaurants Association* wurde. Die Gastrokritiker stellten eine Vereinheitlichung des Angebots fest. Sie gab sowohl zu Klagen Anlass wie auch zu positiven Feststellungen, wonach die USA endlich eine typische nationale und gesunde Küche entwickelt hätten. Über den drohenden Einheitsbrei hinaus blieben in den 1920er Jahren aber noch viele regionale und lokale Eigenarten bestehen. Dies zeigte sich in einem Wettbewerb, den die Zeitschrift *Nation* 1923 ausschrieb, um regional typische US-Küchen zu ermitteln: Austern von der Chesapeake Bay, kreolische Küche aus New Orleans, Sauerkraut aus Pennsylvania und mexikanische Kost im Südwesten.

Bisher wurden Veränderungen der Esskultur hauptsächlich mit Blick auf die Mittel- und Oberschichten geschildert. Sie bewerteten schon in den 1920er Jahren ihre Kost vorwiegend nach dem Gesundheitswert. Zeitgleich wandelte sich die Ernährung der Unterschichten. Grundlage hierfür

waren hohe Realzuwächse bei der Kaufkraft; sie betrugen zwischen 1914 und 1926 bei den Arbeitern rund 20 Prozent (Douglas 1930: 582). Zwar gab die Arbeiterschaft nur einen Teil des Zugewinns für Ernährung aus; dies allein reichte jedoch schon aus, um die Kost deutlich zu verbessern. Der Verbrauch von Milch, Käse, Früchten und Gemüse nahm erheblich zu. Die Verhaltensänderungen in der Mittelschicht drangen zudem als Vorbilder in die Unterschicht vor; die *Neuere Ernährung* verbreitete sich überdies durch Schulunterricht und Zeitschriften unter Farmern und Arbeitern. Die Minderheiten waren einem (kulinarischen) Assimilationsdruck ausgesetzt, der besonders auf die Kinder wirkte. Sie lernten in der Schule das amerikanische Essen kennen und verlangten es auch zu Hause. Ihre aus Italien oder Osteuropa stammenden Mütter hatten bald selbst erkannt, welche Erleichterungen für die Hausarbeit die Fertigprodukte waren. Traditionelle Gerichte wurden nur noch für Sonn- oder Festtage gekocht, oder für Anlässe, zu denen man sein kulinarisches Erbe demonstrierte (Gillett/Rice 1931: 34).

Allerdings lässt sich ein bemerkenswerter Unterschied im Essverhalten der unteren und oberen Hälfte der US-Gesellschaft feststellen. Nur wenige Frauen und kaum ein Mann aus der Unterschicht beteiligten sich am Diätenwahn. Zudem aßen Arbeiterfamilien generell mehr und oft Zuckerhaltiges. Die Vorliebe für Kalorien nahm umso stärker zu, je geringer das Einkommen war. In den 1920er Jahren zeigte sich erstmals eine Umkehrung des traditionsreichen Bildes, in dem Körperfülle mit Wohlstand und Magerkeit mit Armut einherging. Damit war bereits ein bis heute typisches Problem entstanden – die Korrelation von niedrigem sozialem Status mit Übergewicht, Bluthochdruck und Diabetes. Ähnliches war in den Gettos der Innenstädte bei den Afroamerikanern festzustellen, deren Zahl sich seit dem Ersten Weltkrieg durch Zuzug aus den Südstaaten erhöht hatte. Ihren einseitigen Ernährungsstil passte die schwarze Gettobevölkerung an billige Industrieprodukte an: Verzehrt wurden Weißmehlerzeugnisse, Süßigkeiten und stark verarbeitete Lebensmittel. Die Ernährung der Kinder war mangelhaft: Obst und Gemüse waren auf dem Speiseplan in den Gettos faktisch unbekannt. Dort war die Kindersterblichkeit doppelt so hoch wie in den weißen Wohnbezirken (Kessler-Harris 1982: 237f.).

Die schwarzen Gettobewohner waren zumeist Einwanderer in der ersten Generation aus den Agrargebieten des Südens, wo Ernährungswissen und Angebot generell unzureichend waren. Versuche, die Lage dort durch Eigenanbau von Obst und Gemüse zu verbessern, scheiterten an den

Zwängen der Baumwollökonomie (Etheridge 1972: 185). Auch die Masse der dortigen Weißen war zu arm und ungebildet, um sich mehr als gepökeltes Schweinefleisch, Brot und Kekse zu leisten. In den Appalachen waren selbst einfache hauswirtschaftliche Techniken, um Obst, Gemüse und Fleisch haltbar zu machen, unbekannt. Besonders der Winter und das Frühjahr waren noch nach 1920 Zeiten des Mangels. Wenn eine Familie keine Milchkuh besaß, stellte sich echte Unterversorgung mit Kalzium ein (Stiebeling 1935: 153f.). Ähnlich defizitär war die Kost der Farmer auf den Great Plains, im Südwesten des Landes und unter der indianischen Bevölkerung in den Reservaten.

Allmählich verbreitete sich die *Neuere Ernährung* jedoch zumindest unter der besser gestellten Landbevölkerung. Dazu trugen das Vorbild der städtischen Mittelschichten und die Verbraucheraufklärung durch Bund und Einzelstaaten bei. Um 1930 standen größere Mengen von Obst, Gemüse und Milch auf dem Speiseplan der Landbevölkerung. Hohe Bedeutung kam der Verbesserung des Transportwesens zu: Farmerfamilien fuhren nun zum Einkauf mit dem eigenen Auto oder Lastwagen in die Stadt. Sie erwarben dort jene Erzeugnisse, die für eine Ernährung nach den damals gültigen Prinzipien unumgänglich waren, etwa vitaminreiche Zitrusfrüchte. Bis zur Großen Depression verbreitete sich die *Neuere Ernährung* so in Unterschichten und Landbevölkerung. Der Ernährungsstil der Amerikaner wurde homogener; eine Entwicklung, die mit Blick auf die Gesundheit als positiv und im patriotischen Sinne als nationale Vereinheitlichung empfunden wurde.

8. Die moderne Ernährung: Die USA 1930 bis 1960

Eigentlich kann man sich kaum vorstellen, dass die Große Depression, die bis dahin tiefste Wirtschaftskrise des Industriezeitalters, der modernen Ernährung endgültig zum Durchbruch verhalf. Dennoch: Trotz der unübersehbaren Zeichen der sozialen Not blieben die USA – sowohl faktisch als auch in der Vorstellungswelt ihrer Bewohner – ein Land des Überflusses. Viele Einwanderer erinnerten sich noch gut an den Mangel, der in ihren Herkunftsländern geherrscht hatte. Selbst die wirkliche Not Leidenden glaubten in der Krise, dass der Überfluss an Lebensmitteln nur gerechter verteilt werden müsste. Ähnlich waren die Auffassungen der Mittelschicht. Sie hatte nach dem Ersten Weltkrieg die Ideen der *Neueren Ernährung* akzeptiert. Der menschliche Speiseplan, so hatten Journalisten, Fachleute und Industrielle immer wieder betont, war nach analytischen Kriterien zu gestalten, zugleich kosten- und gesundheitsbewusst sowie förderlich für die schlanke Linie (Levenstein 1993: 10).

Durch die Krise verschlechterte sich die Kost bei den ohnehin schlecht Ernährten: Pächter in den Südstaaten, schwarze Gettobewohner, ruinierte Farmer im Dustbowl und Farmarbeiter in Kalifornien. Viele Kinder hungerten oder waren unterernährt; ein Problem, das die neue Ministerin für Arbeit, Frances Perkins, schon beim Amtsantritt 1933 in den Mittelpunkt ihrer Tätigkeit rücken wollte. Seit dem Beginn der Depression hatte es immer wieder Berichte über Hunger oder sogar Hungertote gegeben. Dies wurde von Herbert Hoover, bei Ausbruch der Krise Präsident der USA, noch schlichtweg ignoriert. Selbst sein Nachfolger Roosevelt hat erst zu Beginn seiner zweiten Amtszeit 1937 von Mangelernährung bei einem Drittel der Bevölkerung gesprochen. Und in der Tat war die Lage weder so klar noch so dramatisch, wie sich dies aus der Perspektive der Sozialarbeiter darstellte. Wissenschaftliche Studien relativierten die Dramatik einer zwar nicht zu leugnenden Versorgungskrise. Sie zeigten für die Slums von East Harlem, wo vorwiegend Einwanderer aus Puerto Rico lebten, aber ein

paradoxes Bild: Dort waren nicht die Kinder der Arbeitslosen, sondern die der Arbeitenden am meisten vom Mangel betroffen. Fehlernährung, so ein bis heute gültiger Schluss, hing weniger mit dem Einkommensniveau als mit den Konsumgewohnheiten zusammen. Da in East Harlem Kinder von Arbeitslosen kostenlos Lebensmittel und Vitaminpräparate erhielten, war ihr Gesundheitsstatus besser als derjenige der Vergleichsgruppe Kinder, deren Eltern an sich genug für eine gesunde Ernährung ausgeben konnten (Burritt/Berry 1933: 66f.).

Die meisten der alarmierenden Nachrichten wurden über pauschale Kalkulationen ausgelöst. Auf der Basis von Warenpreisen wurden Mindestausgaben für eine angemessene Versorgung kalkuliert. Jede Lebensgemeinschaft galt als gefährdet, wenn sie weniger Geld für ihre Kost ausgab als statistisch als erforderlich galt. Da damals keine validen Erkenntnisse vorlagen, wann Ernährung ausreichend war und wann nicht, war ein solches Vorgehen willkürlich (Stiebeling 1941: 1ff.). Die Ermittlungstechniken führten dazu, dass sich der dokumentierte Ernährungsstand selbst dann weiter verschlechterte, als die Konjunktur zu Beginn des Zweiten Weltkrieges wieder anzog. Vielleicht wirkten sich hier die Standards der Ernährungslehre aus, die damals weiter hohe Tagesdosen von Fleisch und tierischem Fett empfahlen. Noch 1941 galt es als bedenklich, dass 45 Millionen Amerikaner ihren Kalorienbedarf zu mehr als 25 Prozent aus Getreide deckten – heute werden bis zu 60 Prozent empfohlen! Seit 1939 war ein *Food Stamp Program* in Kraft, das Lebensmittel kostenlos an die Bedürftigen verteilte. Im Mai 1941 profitierten davon vier Millionen Amerikaner (Poppendieck 1986: 240ff.).

Geht man von einer an sich naheliegenden Vorstellung aus, nach der in Mangelperioden Beleibtheit Wohlstand signalisierte, so hätten seit der Depression wieder die Körperumfänge zunehmen müssen; zumindest bei denjenigen, die sich ein Übermaß an Essen und Trinken weiterhin leisten konnten. Dies war jedoch keineswegs der Fall. Das schon in den 1920er Jahren besonders bei Frauen der Ober- und Mittelschichten dominante Schlankheitsideal verschwand auch deshalb nicht durch Börsencrash und Pleitewelle, weil es auf mehr beruhte als allein einer Definition von Schönheit: Schlankheit war Teil einer wissenschaftlichen Ernährungs- und Gesundheitslehre geworden, die sich hoher Popularität erfreute. In den frühen 1930er Jahren hatten Wissenschaftler dann verstanden, dass vorzeitiges Ableben oft mit Übergewicht zusammenhing. Mediziner waren seitdem seltener bereit, überflüssige Pfunde auf schlecht arbeitende Drüsen

oder zu gründliche Nahrungsverwertung zurückzuführen. Wer zu korpulent war, war es inzwischen fast nur noch, weil er zu viel und Falsches aß und trank. Das Zusammentreffen von Schlankheitsideal und Großer Depression war unter der Perspektive der traditionellen Vorstellungen von Überfluss und Mangel geradezu paradox. In einer tiefen Krise des Kapitalismus interpretierten die Ober- und Mittelschichten Übergewicht weiterhin als ästhetisches und gesundheitliches Desaster (Malmberg 1935: 91f.).

Während der Depression wurden daher Diäten noch populärer. William Howard Hay (1866–1940) zum Beispiel propagierte eine Variante jener Trennkost, die seitdem in periodischen Abständen immer wieder die gesundheitsbewussten Esser heimsuchte. Zur Gewichtsreduktion waren Eiweiß, Kohlenhydrate und Alkaline (gemeint waren damit Obst und Gemüse) jeweils getrennt zu verspeisen (Smith 1934: 19). Mit der Trennkost konkurrierte eine Vielzahl weiterer Entsagungssysteme: Die *Hollywood Eighteen-day Diet* wurde von den kalifornischen Obsterzeugern gefördert. Ihre Anhänger konnten mit 600 Kalorien am Tag überleben, wenn sie zum Frühstück eine halbe Grapefruit, einen Toast Melba und Kaffee ohne Milch und Zucker zu sich nahmen. Mittags und abends waren rohe Gemüse erlaubt. Weit verbreitet waren Diäten, die jeweils zwei Lebensmittel kombinierten: Ananas und Lammkotelett, rohe Tomaten und hart gekochte Eier, Bananen und fettarme Milch. Der Zwang zur Diät nahm solche Ausmaße an, dass selbst Kalorienbomben als Diätkost beworben wurden: Säfte und selbst Süßigkeiten reduzierten angeblich Körperfett allein durch ihre Aufnahme.

Neu war seit der Großen Depression das bewusste Vermeiden von Lebensmitteln oder von bestimmten Kombinationen dieser. Dahinter steckte die Furcht, krank oder schwach zu werden. Solche Befürchtungen wurden durch (pseudo-)wissenschaftliche Theorien befördert; sie waren in den USA stark verbreitet. Es verwundert noch heute, wie willkürlich damals Betrüger, Verbraucher und Experten aus wissenschaftlichen Lehren und Quacksalberei Patentrezepte zusammenbastelten. So herrschte große Sorge, ungesunde Kombinationen von Lebensmitteln zu sich zu nehmen, die eine Übersäuerung des Körpers hervorriefen. Der New Yorker Gesundheitsapostel Alfred W. McCann nannte eine derartige Erkrankung Acidosis. Sie störte die Vitalkraft, verursachte Herz- und Nierenversagen und rief starkes Übergewicht hervor. Viel zur Popularität der Säurekrankheit trug der tragische Tod McCanns bei: Er starb 1931 im Alter von nur 52 Jahren nach einer stundenlangen Strafpredigt, die er im Radio gehalten

hatte – an einem Herzanfall! Selbst seriöse Ernährungswissenschaftler gewannen der Acidosis einiges ab, Elmer McCollum zum Beispiel. So sollten selbst die sauren Zitronen der Marke Sunkist die Balance im Körper zwischen sauer und basisch sichern. Immerhin distanzierte sich McCollum später nach weiteren Forschungen davon (vergleiche McCollum 1940).

In der Depression wurden Vitamine noch wichtiger. Empfehlungen über Mindestmengen kamen heraus: Zur Deckung des Bedarfs an Vitamin A und an Kalzium waren täglich enorme Mengen von Milch und grünem Gemüse ratsam, genügend Vitamin B konnte man sich nur durch Verspeisen von Backhefe sichern. 1937 begann die Karriere des Vitamins G, das später als Teil des Vitamin-B-Komplexes erkannt und in B2 (Riboflavin) umbenannt wurde. Agnes Fay Morgan (1884–1968) von der Universität Kalifornien hatte angeblich nachgewiesen, dass Ratten bei Riboflavinmangel ein graues Fell bekämen – nach ausreichender Gabe von Riboflavin färbte es sich wieder schwarz! Dies war genau der Jungbrunnen, nach dem Vitaminforscher und Laien gesucht hatten: Millionen von Amerikanern handelten seitdem wie Popeye, um durch die Wunderdroge Spinat ihre Leistungen zu verbessern und jung zu bleiben. Im Zentrum der Aufmerksamkeit stand jedoch das Vitamin C. Es galt seit 1934 als hervorragende Prophylaxe gegen Karies und Parodontitis. Vitamin C sollte Magengeschwüre und Bluterkrankheit heilen, Mangel galt als Hauptursache für Alkoholismus (Apple 1997: 25ff.).

Die *Vitamania* stärkte noch weiter jene Allianz zu Gunsten industriell erzeugter Lebensmittel, die sich bis dahin aus Wissenschaft, Hauswirtschaftslehre, Medien, Großkonzernen, Erzeugern und Behörden gebildet hatte (Schlink 1935: 27ff.). Allerdings verstummte auch die Kritik an der modernen Ernährung nicht. Sie äußerte sich in Vorbehalten gegen hoch technisierte Produktionsverfahren, besonders das Eindosen zerstöre demnach die Inhaltsstoffe in Obst, Gemüse und Fleisch. Dem traten im Dienste des Fortschritts Ernährungsforscher wie McCollum, Journalistinnen wie Helen Atwater oder Hauswirtschaftsexpertinnen wie Ruth Atwater entgegen. Alle attestierten konservierten Lebensmitteln ihre Unbedenklichkeit. Die Schwestern Atwater, Töchter von Wilbur O. Atwater, hatten über das *Journal of Home Economics* ohnehin großen Einfluss auf die Konsumenten. Dies konnte jedoch nicht verhindern, dass sich ansatzweise eine moderne Konsumentenbewegung abzeichnete. Sie richtete ihre Aufmerksamkeit auch gar nicht mehr vorrangig auf die Dosenfrage, sondern auf die Chemie in der Nahrung. Früchte enthielten Arsen und Blei, weil sie vor der

Ernte damit besprüht worden waren, Kunstfarben ließen Schlachtfleisch frischer wirken als es tatsächlich war. Schon seit Mitte der 1930er Jahre breiteten sich in den USA daher die Gesundheitsläden aus. In den folgenden zwei Jahrzehnten riss jene politische Kontroverse nicht mehr ab, in deren Rahmen gesetzliche Standards verlangt wurden, zur Regelung der industriellen Verarbeitung und zur Kennzeichnung der Erzeugnisse. Die frühen Konsumentenschützer blieben allerdings zunächst gegen die geballte Macht von Industrie und Medien weitgehend erfolglos (Young 1967: 161ff.).

Die Bewegung gegen großindustriell erzeugte Kosmetika, Lebens- und Heilmittel erreichte bis zum Zweiten Weltkrieg zwar keine gesetzlichen Regelungen. Eher beförderte sie eine Art von untergründiger Skepsis gegen den Wert der Massenerzeugnisse. Die Industrie war so gezwungen, ständig an der Qualität ihrer Produkte zu arbeiten; wenn auch nur dadurch, dass Vitamine und Mineralstoffe künstlich beigefügt wurden. Bahnbrechend waren Forschungsarbeiten der Universität von Wisconsin aus dem Jahre 1928: Damals war es gelungen, pasteurisierte Milch wieder mit Vitamin D anzureichern. Die mächtige Lobby der Milchwirtschaft unterstützte diese Technik massiv, Molkereierzeugnissen wurde nach Möglichkeit nun Vitamin D beigemischt. Die Hersteller von Fruchtsaft, Maissirup oder Wein experimentierten bald mit dem gleichen Ziel. Schon bis 1935 waren zahlreiche Verfahren zur Synthese von und zur Anreicherung mit Vitaminen entwickelt worden (Bell 1962: 145ff.).

Trotz dieser Erfolge blieben die Großkonzerne jedoch erstaunlich zurückhaltend, was Beimischungen für Lebensmittel anging. Vitamine und Mineralstoffe wurden zumeist gesondert als Heilmittel, Pulver oder Tabletten verkauft. Insgesamt verlegte man sich auf Verbesserungen der Verfahrenstechnik. Seit dem Beginn der 1940er Jahre war es möglich, Lebensmittel so zu behandeln, dass die Inhaltsstoffe weitgehend erhalten blieben. Industrie und Verbraucher profitierten dabei gleichermaßen von den Fortschritten in Lebensmittelchemie und Messtechnik. Sie gestatteten einerseits, die Verarbeitung genau zu überwachen und die Verluste an Mineralstoffen oder Vitaminen zu begrenzen. Andererseits konnte man nun auch keine falschen Angaben mehr über den Gehalt der Produkte machen. Schließlich wurden viele Lebensmittel wieder – man ist versucht, zu sagen: naturnah zurückgestaltet. Brot ist dafür ein gutes Beispiel. Zu Anfang der Dekade hatte Industriebrot wegen der Mahl- und Siebtechniken kaum noch Vitamin B 1 enthalten. Ende der 1930er Jahre begann man, das le-

bensnotwendige Thiamin wieder vor dem Backprozess beizumischen. Dafür hatte sich die Organisation der Mediziner, die AMA, eingesetzt. Die Ärzte hatten die Gefahren erkannt, die von inhaltslosen Lebensmitteln ausgingen.

So paradox es klingt, Vitamintabletten, Industrienahrung und Verbraucherbewegung trugen zu einem erstaunlichen Vorgang bei. Während der Großen Depression verbesserte sich für Millionen die Ernährungslage, in Bezug auf Vielfalt, Nährstoffe und gesundheitlichen Wert. Dies lag unter anderem an der weiteren Expansion der Großindustrie, die die Haushalte selbst in der Krise mit immer besser verarbeiteten Lebensmitteln versorgte. Die Lebensmittel waren – das war entscheidend – während der in den USA zehn Jahre dauernden Krise einem erheblichen Preisverfall ausgesetzt. Die Depression setzte Erzeuger und Anbieter von Lebensmitteln unter Druck. Besonders die Großunternehmen überstanden nur deshalb die Krise, weil sie ihre sinkenden Verkaufspreise direkt an die Erzeuger weitergaben. Die Hauptlast trugen daher Farmer und Rancher. Die meisten Amerikaner sparten in der Krise zwar an vielem, nicht jedoch an Kleidung und Ernährung. So setzten sich bei der Mehrheit der Bevölkerung die Konsumtrends der Wohlstandsjahre fort. Sie gingen in die Richtung von besseren und verarbeiteten Produkten. So erhöhte sich der Verbrauch von Obst und Gemüse. Ende der 1930er Jahre aßen die US-Bürger rund 50 Prozent mehr davon als zehn Jahre zuvor (Levenstein 1993: 25.).

Diese gesamte Dekade war eine bedeutsame Wachstumsphase für Großkonzerne, etwa für *General Foods* und *Standard Brands*. Sie dehnten ihre Tätigkeit von Fleisch, Zucker und Mehl auf zahlreiche Lebensmittel aus, auf Fertigmenüs, Milchprodukte, Backwaren und tropische Früchte. Zum einen führten die Industriekonzerne zahlreiche neue oder neu bearbeitete Lebensmittel in den Verbrauch ein. Dadurch erhöhte sich die Auswahl erheblich und tendenziell stieg der Gesundheitswert der Nahrung an. Zum anderen vereinheitlichte sich in den USA das Verbraucherverhalten. Neue Konservierungs- und Transportmethoden ermöglichten, dass viele Erzeugnisse nun nicht mehr nur saisonal, sondern ganzjährig erhältlich waren. Früchte wurden im Winter aus Kalifornien und Florida in den Norden geschafft. Tropische Früchte aus den US-Obstimperien in Lateinamerika waren ganzjährig verfügbar; und was nicht frisch geliefert werden konnte, wurde als Konserve angeboten. In den 1930er Jahren wurde so die Begrenzung der Essgewohnheiten durch regionale Faktoren, die auch in den USA bedeutsam gewesen war, aufgehoben. Käse und Milch aus dem

Nordosten, Dosenfisch aus Kalifornien und Ananas aus Hawaii waren nun überall erhältlich (Stiebeling 1941: 11ff.).

Langsam verschwanden auch die Unterschiede zwischen Stadt und Land. Die soziale Differenzierung verlor zwischen Großer Depression und Zweitem Weltkrieg ebenfalls an Bedeutung. Die für die Oberschicht lange Zeit vorbildhafte französische Küche verschwand fast ganz. Nach einer Studie über eine unbenannte Stadt in Neuengland unterschieden sich die Essgewohnheiten zwischen Ober- und Mittelschicht nur noch marginal. Die feinen Unterschiede wurden durch Preislage und Exklusivität von Restaurants oder Clubs ausgedrückt, jedoch nicht mehr durch das, was auf dem Teller lag (Christopher 1989: 256f.). Am unteren Ende der sozialen Hierarchie fand ein ähnlicher Prozess statt. Die Unterschicht rekrutierte sich oft aus nicht-angelsächsischen Einwanderern, deren Kost unter Anpassungsdruck geriet. Oft wurden zunächst jene Gewohnheiten aufgegeben, die in Amerika als typisch oder anstößig empfunden wurden. Deutsche verzichteten auf Blutwurst, Osteuropäer auf Knoblauch; nur Italiener widerstanden stärker dem Zwang zur Anpassung. Ein angeblich typisch italienisches Gericht, Nudeln mit Tomatensoße, fand auf dem Höhepunkt der Krise sogar Eingang in die amerikanische Küche. Die Pasta entsprach zudem dem Trend zu leichter, schneller und gesunder Kost (Radin 1935: 131).

Wichtig für die Alltagskost war vorrangig eine neue Sicht auf die gesundheitliche und soziale Bedeutung der Ernährung. Alles verdichtete sich in der Rolle des *American* oder *Modern Housewife*. In den 1920er Jahren hatte die Werbeindustrie ermittelt, dass die Hausfrauen über 90 Prozent der Ausgaben einer Familie entschieden. Die Große Depression verstärkte diese Aufgabe zusammen mit den Familienbindungen. Daraus ergab sich eine Aufwertung der Hausfrau als Familienköchin. Sie stand allerdings gleich vor mehreren Dilemmata: Die *Neuere Ernährung* verlangte eine abwechslungsreiche, gesunde und leistungsoptimierende Kost. Selbst die Hausfrauen aus der Unterschicht hatten, trotz der Krise, aus einer bis dahin unbekannten Vielfalt des Angebots zu wählen. Mitglieder ethnischer Minderheiten hatten ihre Kochkunst aufzugeben und sich amerikanischen Standards anzupassen. Dabei ging jenes Wissen verloren, das bis dahin die Kochkunst geprägt hatte: die Erfahrungen der Mütter und Verwandten beziehungsweise das kulturelle Erbe.

Die Hausfrauen der USA benötigten neue Anleitungen. Diese konnten sie den damals prosperierenden Massenmedien entnehmen, Werbeschrif-

ten, Radiosendungen und Frauenzeitschriften. Deren Ernährungsrubriken stammten aus der Feder von Redakteurinnen, die nur zu gern auf die Rezeptdienste der Großkonzerne zurückgriffen. Die Koch- und Menüvorschläge vereinfachten das journalistische Tagesgeschäft und erhöhten zugleich die Zahl der geschalteten Anzeigen. Auch die in den 1930er Jahren neu aufgelegten Kochbücher hatten, kaum überraschend, eine große Vorliebe für Speisen, die auf verarbeiteten Lebensmitteln basierten. Die Küchenrevolution spiegelte die neuartige Kombination von Gesundheits-, Schlankheits- und Ernährungsidealen mit industrieller Massenproduktion und Verbraucherrollen wider. Es war die moderne Hausfrau, die seit den 1930er Jahren die internationale Esskultur neu bestimmte (Mintz/Kellogg 1988: 285).

Sie war es jedoch nicht allein, weil ein traditionsreicher Faktor hinzutrat: der Krieg. Denn die USA wurden seit Juli 1937, dem Beginn des Zweiten Japanisch-Chinesischen Krieges, immer stärker in die Kriege in Asien und später in Europa verwickelt. Spätestens seit dem Sommer 1940, nach dem Zusammenbruch Frankreichs und der kolonialen Besitztümer in Ostasien, befand sich Amerika in einem noch unerklärten Krieg. Dies bedeutete zwar vorläufig noch keine direkte Verwicklung in Kampfhandlungen größeren Ausmaßes, aber gleichwohl eine gigantische Aufrüstung. Seit dem Ende der 1930er Jahre nahmen dabei die Ernährungswissenschaften eine zentrale Funktion ein; zumal sich nach Einführung der Wehrpflicht im Jahre 1940 erwiesen hatte, dass rund 40 Prozent der Gemusterten aus gesundheitlichen Gründen ungeeignet für den Wehrdienst waren. Daraus wurde auf ähnliche Defizite bei der Gesamtbevölkerung geschlossen: Wie sollten die amerikanischen Arbeiter in Schwerstarbeit und Akkord Panzer, Flugzeuge und Schiffe bauen, wo doch viele von ihnen offenbar chronisch fehl- oder mangelernährt waren?

Selbst Präsident Roosevelt war alarmiert. Er beauftragte im Januar 1941 den Leiter der *Federal Security Agency*, Paul McNutt (1891–1955), den Ernährungsstand der US-Bevölkerung zu verbessern. Was aber war eine gute und gesunde Ernährung? McNutt versuchte zunächst über das *Committee on Food and Nutrition*, das schon im September 1940 wegen der kritischen Sicherheitslage durch das *National Research Council* eingerichtet worden war, eine eindeutige Aussage zu erhalten. Da die Ernährungsexperten sich nicht einigen konnten, beauftragte McNutt drei bedeutende Fachfrauen. Lydia Roberts, Hazel Stiebeling und Helen Mitchell sollten ihm bis zum nächsten Morgen eine präzise Antwort geben. Dies war wegen der damals unklaren

Forschungslage vollkommen unmöglich. McNutt befahl nach entsprechender Stellungnahme ein weiteres Komitee mit Lydia Roberts an der Spitze. Es erhielt immerhin einige Wochen Zeit. In diesen erarbeitete das *Roberts-Committee* Empfehlungen, wie viele Kalorien, Proteine und insgesamt acht weitere Substanzen Menschen, differenziert nach Belastung, Alter und so weiter, durchschnittlich konsumieren sollten.

Roberts war selbst darüber überrascht, wie schnell die Standards allgemeine Akzeptanz fanden. Wahrscheinlich lag dies an einer trickreichen Konstruktion bei der Festlegung: Das Komitee gab keine Empfehlungen ab, sondern legte nur *Recommended Daily Allowances* (RDAs) fest, Höchstmengen pro Tag, die nicht überschritten werden sollten. Sie lagen im Durchschnitt um rund 30 Prozent über jenen Tagesangaben, welche die Fachleute im Durchschnitt als notwendig ansahen. Zum einen waren so auch jene Menschen mit berücksichtigt, die wegen Alter, Arbeitslast oder Physiologie mehr Eiweiß, Vitamine oder Fett benötigten. Zum anderen sicherte die Marge von plus 30 Prozent die Empfehlungen des *Roberts-Committee* nach oben und unten ab: Experten, die höhere Werte verlangten, waren ebenso zufrieden wie jene, die niedrigere Tagesdosen vorgeschlagen hatten (Reid 1955: 155ff.). Die RDAs wurden medienwirksam im Mai 1941 auf der nationalen Ernährungskonferenz vorgestellt. Sie gaben nun eine Norm vor, die künftig die Ernährung aller Amerikaner begleitete. Dass es sich dabei um Höchstmengen handelte, wurde zumeist schlicht ignoriert: Jeder US-Bürger galt nun als fehlernährt, wenn er die hohen Standards des *Roberts-Committee* nicht erreichte (Wilder 1945: 285ff.).

Die nationale Ernährungskonferenz war als Großveranstaltung von Roosevelt inszeniert worden. Rund 900 Delegierte aus Regierungen, Schulen, Universitäten, Massenmedien, Wohlfahrtsorganisationen und Industrie zeigten auf, wie komplex und bedeutsam die Frage nach der gesunden Kost tatsächlich war. Gleichwohl schuf Roosevelt keine Zentralbehörde für die Kriegsernährung, so wie er es in anderen kriegswichtigen Bereichen, etwa bei Gummi und Erdöl, getan hatte. McNutt wurde nur zum Leiter des *Office of Defense Health and Welfare Services* ernannt, das eine verglichen mit anderen Institutionen der Kriegswirtschaft eher machtlose *Nutrition Division* erhielt. Daher führte hauptsächlich das *National Research Council* die Debatte um die Kriegsernährung fort. Hier hatten sich die Ernährungsforscher im *Food and Nutrition Board* (FNB) und die Sozialwissenschaftler im *Committee on Foods Habits* zusammengeschlossen. Besonders die Ernährungsexperten prangerten die unzureichende Versorgung und Esskultur der

Bevölkerung an. Sie litt angeblich unter Vitaminmangel, ja einer gravierenden Mangelernährung. Diese trat nur deshalb nicht deutlicher in Erscheinung, weil sie (vorläufig und bei den meisten Betroffenen) nur eine latente Phase erreicht hatte. Wegen der fehlerhaften medizinischen Diagnostik war ihr ganzes Ausmaß nur noch nicht richtig erkannt: »These milder degrees of nutritional deficiency are the nub of the nutritional problem« (Wilder 1941: 2190).

Als Mittel gegen ungesunde Ernährung war das Vitamin Thiamin (B 1) zentral, galt es doch als *Nervennahrung*. Russell Wilder (1885–1959), sein wichtigster Propagandist, ließ sich niemals von jenen Studien irritieren, welche die Bedeutung des Vitamins relativierten. So waren selbst hohe Gaben an Patienten, die unter nervlicher Erschöpfung litten, wirkungslos geblieben. Wilder erblickte darin ein Indiz für die Folgen einer lebenslangen Unterversorgung. »Latenter Langzeitmangel« war gefährlich, weil nicht mehr therapierbar. Auf Wilders Betreiben hin verordnete die US-Regierung Ende 1942 die Thiaminanreicherung für jene Backwaren, die für Militär und Bundesbehörden bestimmt waren. Schon Mitte 1943 wurde das Vitamin in über 75 Prozent des in den USA erzeugten Brotes beigemischt. Dieser Erfolg ließ Wilder aber nicht ruhen. Zucker sollte mit Bestandteilen aus der Milch angereichert, Margarine, Schmalz, Öl, Butter, Reis und Maismehl sollten durch die Vitamine A und D gestärkt werden. Ende 1942 schlug er die Anreicherung von Früchten und Gemüse vor.

Mit solchen Vorstellungen konnte sich Wilder jedoch nicht durchsetzen. Die Ärztelobby fürchtete, dass sich ihre Kundschaft durch die künstlich zugefügten Nährstoffe zu gesund fühlen würde, um zum Arzt zu gehen. Ende 1942 erklärte sich die AMA nur mit der Anreicherung von Milch und Getreidemehl einverstanden; alles andere ging ihr zu weit. Selbst Wilder hatte jedoch eine an sich logisch folgende Maßnahme nicht mitgetragen: die Ausgabe von Vitaminpillen an Soldaten, Industriearbeiter oder überhaupt alle, die an Mangel litten. Die Vergabe im Militär wurde immerhin diskutiert, zumal manche Experten versprachen, nach wenigen Wochen mit hohen Vitamingaben würden schwächliche Rekruten zu im Kampf unbesiegbaren Supermännern mutieren. Die Militärführung schätzte jedoch die (im Vergleich zu Deutschen und Japanern) üppigen Feldrationen als ausreichend für Gesundheit und Fitness der Mannschaften ein. Soldaten, die unter Feuer lagen, sollten immerhin Vitamin B zu sich nehmen – hatten doch Versuche mit Ratten gezeigt, dass sie so unempfindlicher gegen Lärm wurden!

Die Kriegskonjunktur hatte Hunderttausende von neuen Arbeitskräften in die Industriezentren gebracht. Ihre oft nur provisorischen Unterkünfte hatten keine angemessenen Haushaltseinrichtungen. Besondere Sorge bereiteten jüngere Arbeiter, galten sie doch ohnehin als Personen, die lieber Brot und Kartoffeln als Milch, Gemüse und Obst aßen. Seit 1942 nahm daher bei den Firmenleitungen die Tendenz zu, durch Vitamin- und Mineralstoffpillen die Krankenstände zu verringern und die Arbeitsproduktivität zu erhöhen. Unternehmen wie *North American Aviation* verteilten kostenlose Präparate an ihre Beschäftigten. Dagegen formierte sich Widerstand: FNB, AMA und die Lebensmittelindustrie propagierten ihre Grundüberzeugung, die Gesundheit der Arbeiterschaft wäre besser als durch Medikamente als durch gehaltvolle Mahlzeiten zu steigern. Dazu wären die Beschäftigten nur über die Bedeutung der RDAs aufzuklären. Aus pädagogischen Gründen wurden sie deshalb zu Ernährungsregeln weiter vereinfacht. Den Verbrauchern wurden bis zu acht Gruppen von Lebensmitteln angegeben, aus denen jeweils täglich zu konsumieren war.

Unter dem Blickwinkel der Wissenschaftsgeschichte interessant, aber wenig einflussreich war im Krieg das *Committee on Food Habits* (CFH). Die dort vereinigten Sozialforscher waren seit der Großen Depression um eine Wissenschaft bemüht, die sich stärker an den Interessen der Betroffenen ausrichten sollte. Besonders die Kulturanthropologen hatten schon in den 1930er Jahren auf die Bedeutung des Prestiges von Lebensmitteln verwiesen; es bestimmte Kaufverhalten und Kost selbst der ärmsten Schichten. Aus solchen Studien war zu entnehmen, wie sehr Ernährung durch Hautfarbe und Herkunft bestimmt war – und durch die mangelhafte Küchentechnik. Alle Forschungsarbeiten im Auftrag der CFH, an denen W. Lloyd Warner, Ruth Benedict, Franz Boas und Margaret Mead mitwirkten, zeigten eine Benachteiligung der Unterschichten bei Ernährung und Gesundheit. Zwar hat Mead später selbst hervorgehoben, wie wenig das CFH die Lage dieser Gruppen verändert hatte. Die Forschungen wurden aber immerhin zum Ausgangspunkt für die spätere Tätigkeit der UNESCO (Howard 1984: 233ff.).

Selbst die USA mussten im Zweiten Weltkrieg dazu übergehen, einige Grundlebensmittel zu bewirtschaften. Haushaltszucker wurde im Januar 1942 rationiert; er war wegen seiner unbegrenzten Haltbarkeit und als Konservierungsmittel begehrt. Anfang 1943 wurden dann Fleisch- und Fischkonserven rationiert, Kaffee folgte im Juli des Jahres. Verglichen mit den Einschränkungen in Europa waren die Einschnitte in den Alltagsver-

brauch nur marginal. Rindfleisch war seit März 1943 rationiert; pro Person wurden aber wöchentlich über zwei Kilo verteilt. Die Briten erhielten zeitgleich weniger als die Hälfte (von erheblich schlechterer Qualität) und die unter deutscher Besatzung stehenden Franzosen und Holländer beinahe gar nichts. Deutsche erhielten wöchentlich etwa 350 Gramm Rindfleisch und Italiener ungefähr 100. In den USA waren während des Krieges in Restaurants und Fabrikkantinen keine Essensmarken erforderlich. Hühnerfleisch war stets in großen Mengen frei verkäuflich. Sporadisch gab es bis zum Ende des Krieges einige wirkliche Engpässe, so bei Brot, Zitrusfrüchten und Eiern. Die Bevölkerung reagierte empfindlich auf solche Mängel; es gab Hamsterkäufe und Tumulte, Verschwörungstheorien breiteten sich aus. Der Ausschuss des Kongresses, der »unamerikanische« Umtriebe untersuchte, verfolgte sogar Hinweise, wonach in Wyoming internierte japanische US-Bürger Mayonnaise in großen Mengen geheim einlagerten. Die Verunsicherung über die Ernährungslage war so groß, dass im Juli 1943 bei einer Umfrage 75 Prozent der Interviewten die Untersuchung durch ein unabhängiges Komitee verlangten (Gallup 1972: 396).

Zwar schwächte sich die Diätenmanie etwas ab, die Bevölkerung bewahrte jedoch die Bindung an die Grundprinzipien der modernen Ernährung. Der Trend zur gesunden Kost verstärkte sich im Krieg noch weiter. Dies lag vorwiegend an den steigenden Einkommen der Arbeiter. Sie verwendeten ihre höheren Löhne hauptsächlich dazu, die Ernährung zu verbessern. Daher verbrauchte die Arbeiterschaft im Krieg deutlich mehr Fleisch, Milch, Früchte und Gemüse als noch in den 1930er Jahren (Lewin 1943: 45). Die Ernährungsgewohnheiten der verschiedenen sozialen Gruppen glichen sich dadurch weiter an. Dies war aber nicht allein auf höhere Arbeitslöhne oder auf bessere Gewinne der oft bitterarmen Farmer zurückzuführen. Die neue Qualität der Kost war auch eine Folge der Lebensmittelkarten, die vielen erstmals den Verbrauch von Früchten, Milch oder Gemüse ermöglichten. Statistiken über das ärmste Drittel der Stadtbewohner belegten den Trend: Zwischen 1936 und 1948 erhöhte sich bei ihnen der Verbrauch von Proteinen um 30 Prozent, von Kalzium um 60 Prozent und von Eisen um 61 Prozent. Im Jahre 1948 war die US-Ernährung derart nivelliert, dass soziale Unterschiede beinahe bedeutungslos geworden waren. Diese Standardkost fand sich in den damals populären Kochbüchern von Pearl Lewis. Sie verbreitete die Idee der »gesunden Mischung« von Proteinen, Kohlenhydraten, Fett, Vitaminen und Mineral-

stoffen für alle Alters-, Geschlechts- und Tätigkeitsgruppen (Lewis 1948: 86–113).

Die Verbindung von Massengesundheit und -wohlstand ging mit einer weiteren Expansion des Marktes für Lebensmittel einher. Zwischen 1941 und 1953 wuchsen die Realeinkommen in den USA stetig. Zeitgleich erhöhten sich die durchschnittlichen Ausgaben für Lebensmittel pro Familienbudget von 22 auf 26 Prozent. Der Zuwachs war bis 1947 hauptsächlich durch den Einkauf teurer Produkte durch die Unterschichten verursacht. Seit 1947 stiegen die Ausgaben der Ober- und Mittelschichten. Gekauft wurden zwar noch keine Edelfische oder Austern, aber immerhin Lebensmittel, die mit Zusatzleistungen versehen waren: verbessert, geputzt, zerkleinert, gereinigt, portioniert, eingedost oder verpackt. Damals begann der Aufstieg der heute *Convenience Food* genannten Lebensmittel (Hooker 1981: 333–345; Batterberry/Batterberry 1999: 271–334).

Soziale Grundlage des Trends zu gesunder und praktischer Nahrung war der Babyboom. Damit war viel mehr gemeint als nur jene Geburtenwelle, die nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges einsetzte. Eine Nachkriegsrezession blieb erstaunlicherweise aus, die US-Wirtschaft expandierte auf hoher Grundlage, es entstanden Millionen neuer Arbeitsplätze, und die Realeinkommen stiegen erheblich an. Wie mit einem Paternoster wurden alle Schichten des Landes auf ein höheres soziales Niveau gehoben. Der Massenwohlstand führte zu einem Bauboom, der die Vorstädte der USA anwachsen ließ. Für den suburbanen Lebensstil prägend wurde das Auto. Alles hatte großen Einfluss auf die Ernährung: Der Bedarf wurde nun im Supermarkt gedeckt, das Gekaufte in elektrischen Kühlschränken aufbewahrt. Allein in den vier Jahren nach 1945 wurden in den USA 21,4 Millionen Autos und rund 20 Millionen Kühlschränke verkauft (Hartman 1982: 165–167; May 1988: 165f.).

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde das Leitbild der modernen Hausfrau noch bedeutsamer. Ehefrauen (und Mütter) waren dazu ausersehen, eine Art Familienköchin abzugeben. Dies war jedoch stets nur ein Teil der sozialen Wirklichkeit. Denn eigentlich erodierte jene gesellschaftliche Rollenzuschreibung, nach der die Männer außer und die Frauen im Haus arbeiteten. 1941 waren rund 24 Prozent aller verheirateten Frauen berufstätig, 1953 waren es schon über 30 Prozent. Vergleicht man die Jahre 1950 und 1960, so wird dieser Trend noch deutlicher: Innerhalb von einer Dekade hatte sich die Zahl der berufstätigen Ehefrauen verdoppelt und die der Mütter vervierfacht. Zudem änderte sich die Struktur der weiblichen

Berufsarbeit. Nun überwogen nicht mehr die Frauen aus der Arbeiter-, sondern aus der Mittelschicht (Baritz 1989: 193).

Auf die wachsende Gruppe von Frauen, die Hausfrau- und Muttersein mit Berufsarbeit verbanden, richtete sich das Angebot der Lebensmittelindustrie aus. Sie lieferte Convenience-Produkte, durch die allein die mehrfach beanspruchten Frauen den an sie gestellten Anforderungen noch gerecht werden konnten. In der Werbung dagegen traten nur Frauen auf, die sich ganz auf ihre Rolle als Hausfrau und Mutter konzentrierten. Das so vermittelte Frauenbild stand im erheblichen Gegensatz zur sozialen Wirklichkeit. Die Widersprüche in der Werbung werden noch deutlicher, wenn man eine weitere Werbebotschaft mit berücksichtigt. Denn beworben wurde eine zeitsparende und gesunde Kost, deren Vorteile nichts mehr mit der angeblich klassischen Frauenrolle gemein hatten. Die Werbung behauptete nämlich, dass die Frauen so mehr Zeit für den Einsatz in ihrer Gemeinde oder für ihre Hobbys hätten.

Die Tiefkühlkost zum Beispiel war eine wichtige Voraussetzung für die neue Freiheit. Eigentlich beruhte sie nur auf einem Imagewandel jener Schnellfrostverfahren, die seit den 1920er Jahren angewandt worden waren. Damals allerdings wurden Lebensmittel erst eingefroren, wenn sie beinahe verdorben waren. Der Wandel war Clarence Birdseye (1886–1956) zu verdanken, einem Unternehmer aus Massachusetts. Zum notwendigen Mythos für einen Verkaufserfolg – er hatte angeblich bei einer Reise durch Labrador selbst erlebt, wie hoch die Qualität von sofort gefrorenem Fleisch und Fisch sein konnte – kam eine tatsächliche Innovation. Tiefkühlkost wurde in einer neu erfundenen Cellophanhülle eingefroren, die ganze Portionspackung zudem in eingewachstem Karton verpackt. Man beachte weiterhin den sprachlichen Wandel: Die Tiefkühlkost wurde nicht mehr als *frozen,* sondern als *frosted* etikettiert. *Birds Eye Frosted Foods* waren im Grunde verkaufsfertig, als die Große Depression die Anschaffung von Kühltruhen bei Konsumenten und Einzelhandel ein gutes Jahrzehnt lang blockierte. In den nur zehn Jahren zwischen 1949 und 1959 erhöhte sich der Umsatz an Gefriergut dann um 2.700 Prozent. Neben Fruchtsäften, Früchten und Gemüse bot die Industrie bald Fertigmenüs an. Sie machten 1959 etwa ein Fünftel des Umsatzes mit Tiefgekühltem aus. Deren Einführung wurde durch die zeitgleiche Ausweitung des Fernsehens beschleunigt; denn man konnte nun behaupten, man müsste auf Stil beim Essen verzichten, da Wichtiges im Fernsehen lief (Levenstein 1993: 108).

Das Einfrieren von Lebensmitteln war keineswegs die einzige Veränderung, die sich seit den 1940er Jahren in der amerikanischen Kost vollzog. Vorangetrieben wurde dies von den Großkonzernen der Branche, wobei ein Motiv maßgeblich war – Gewinnmaximierung. Sie war auf zwei Arten zu erreichen – zunächst durch Veränderung der Fabrikationsprozesse. Handarbeit wurde durch Maschinenarbeit ersetzt; ein für die Konsumenten wichtiges Nebenresultat war die weitere Standardisierung der Ernährung. Zweitens versuchte die Industrie, den Verkaufswert ihrer Produkte zu steigern. Diese Wertsteigerung war nach damaliger Ansicht durch Zeitgewinn bei der Hausarbeit zu erreichen. Hausfrauen wurden entlastet, wenn industriell schon vorgeschält, vorgegart oder vorgewürzt wurde. Allerdings blieb echte Schnellnahrung fast unverkäuflich. Der Verkaufswert von Lebensmitteln erhöhte sich daher vor allem durch neue chemische Produktionsverfahren. Zwischen 1949 und 1959 wurden über 400 Additive neu in die industrielle Fabrikation eingeführt. Zusatzstoffe hielten seitdem die Brotkruste knusprig oder verhinderten, dass Fett in Lebensmitteln ranzig wurde. Weichmacher manipulierten Kindernahrung, Puddings oder Pasteten. Lebensmittelfarben erzeugten die Illusion von Frische. »Naturidentische« Aromastoffe machten die Hersteller unabhängig vom tatsächlichen Geschmack von Früchten oder Gewürzen. Eine besondere Wundersubstanz war Glutamat, das gewünschten Geschmack hervorhob oder ungewollten unterdrückte (*What Has Happened to Flavour* 1952: 130).

Die Konzerne wirkten auf die Veränderung der Grundprodukte hin. Dabei bedienten sie sich, wie seit den 1920er Jahren üblich, der Ernährungsforschung. Nach einer entsprechenden Tagung an der Universität von Delaware verbreiteten sich seit 1948 neue Hühnerrassen speziell für die Käfighaltung: Diese waren fleischiger, mit kräftigerer Brust und dickeren Schenkeln. Die erfolgreiche Synthese des Vitamins B 12 nur ein Jahr später ermöglichte die Fütterung von Käfighühnern mit Wachstumshormonen. Die großzügige Gabe reduzierte den Proteinbedarf der Tiere und machte die Aufzucht preiswerter. Schon 1950 erkannte man die Bedeutung der Antibiotika für die Hühnerzucht. Und bis zur Mitte der 1970er Jahre verringerte man die Zeitspanne, die zur Aufzucht eines Hühnchens von rund zwei Kilo Körpergewicht erforderlich war, von 18 auf neun Wochen. Derartige »Erfolge« waren nur durch die Übertragung industrieller Maßstäbe auf die Landwirtschaft möglich: In der Milchwirtschaft etwa haben zwischen 1950 und 1974 rund 85 Prozent der Unternehmen den Betrieb eingestellt (Levenstein 1993: 110).

Die Erzeugung von Lebensmitteln war seit den 1940er Jahren zunächst fast ausschließlich durch eine Optimierung der Produktionsprozesse geprägt. Qualität und Geschmack spielten eine eher nebensächliche Rolle. Sie fielen den Herstellungs- und Verpackungsprozessen zum Opfer. Dies war aus der Perspektive von Farmern und Industriellen verständlich. Auf Geschmack war unter der Perspektive der Gewinnmaximierung eben am ehesten zu verzichten. Hinzu kamen typisch amerikanische Traditionen: Die Führer der Großunternehmen hatten ohnehin eine schlechte Meinung von den Ansprüchen ihrer Landsleute. So wurden etwa die ersten Tiefkühlerbsen zu einem wirtschaftlichen Fehlschlag, obwohl sie in der Tat frisch, jung und süß im Geschmack waren. Sie zerplatzten aber zu häufig beim Dämpfen, worüber sich kommerzielle wie private Abnehmer beschwerten. Die Folge war, dass die Industrie länger gereifte Erbsen oder härtere Sorten anbot. Zwar ging so der Geschmack verloren, aber die Form stimmte nun. Ohnehin nahm zwischen 1950 und 1960, im *Golden Age of Food Processing*, der kritische Blick auf die angebotene Kost ab. Nach der zeitgenössischen Beobachtung, etwa der Marktforschung, glaubten die Hausfrauen inzwischen einfach daran, dass die Convenience-Produkte nicht nur praktisch, sondern auch gesund wären (*New York Times* vom 2. Februar 1956).

In den 1950er Jahren vollzog sich aber keine Veränderung des Massengeschmacks. Es wurden jene Gerichte in bequemerer Form angeboten, die Bestandteil der Alltagskost waren: Kartoffelsalat, Tomatensuppen oder Hühnchen mit Reis. Wenn man so will, kam jene Entwicklung zum Abschluss, die gut 50 Jahre zuvor eingesetzt hatte: der Trend zu einer beinahe klassenlosen Esskultur. In der Nachkriegszeit zeichnete sich gegen diese Nivellierung zwar ein neuer Trend ab: Man experimentierte vorsichtig mit der Internationalisierung der Küche; die Einheitskost aus Fleisch, Gemüse, Salat, Kartoffeln und Dosenobst wurde um scheinbare Exotik ergänzt. Diese Chop Sueys oder Currys hatten jedoch mit den originalen Zubereitungen kaum mehr als den Namen gemeinsam. Darüber hinaus änderte sich kaum Entscheidendes. Selbst die Kochbücher variierten in den Neuauflagen nur jene Rezepte, die ihnen die Großindustrie aus Werbegründen übermittelt hatte. Man aß weiterhin das, was als gut, gesund und praktisch galt. Allgemein glaubte die US-Bevölkerung daran, die menschliche Kost wäre noch niemals so schmackhaft und gesund gewesen, wie es ihre zeitgenössische Ernährung war (*Revolution in the Kitchen* 1957).

Unter dieser Perspektive beurteilten die Amerikaner selbst die europäische Luxusgastronomie, wenn sie zu den in der Dekade wieder häufigeren

Besuchen im alten Kontinent aufbrachen. Restaurantkritiker wie zum Beispiel Duncan Hines (1880–1959) mokierten sich in Frankreich oder Italien über Soßen, abstoßende Lebensmittel wie Tintenfisch oder Außengastronomie als Ursachen unhygienischer Zustände. Zudem reduzierte sich in den USA selbst die Vielfalt in der Ernährung noch weiter. Denn die US-Gastronomie war seit den 1940er Jahren endgültig dazu übergegangen, ihren Gästen vorfabrizierte Industriekost aufzutischen. Faktoren dafür waren Kosten und Umsatz. Die Fertigprodukte brauchten am Ort des Verkaufs nur noch aufgetaut beziehungsweise erhitzt zu werden.

Im Rahmen einer Esskultur, in der für die Konsumenten Preis und Zeit und für die Anbieter Arbeitskosten und Umsatz entscheidend wurden, begann der Aufstieg der noch heute bedeutsamen Schnellrestaurants wie *Burger King* und *McDonald's*. Als Ray Kroc (1902–1984) nach den Gründen für den Erfolg des Restaurants der Gebrüder McDonald in San Bernardino, Kalifornien, suchte, begriff er sofort: Das angebotene Essen spielte eine eher marginale Rolle. Entscheidend war zum einen das System der Zubereitung der Speisen durch angelernte Arbeitskräfte. Besondere Fähigkeiten waren nicht erforderlich, was die Arbeitskosten deutlich reduzierte. Zum anderen waren die Schnellrestaurants ohne Frage hygienisch einwandfrei, und damit war das dort angebotene Essen angeblich auch gesund. Und vor allem darauf kam es den bei *McDonald's* speisenden Vorstadtfamilien wirklich an (Love 1986: 41ff.).

V. Goldene Zeiten: Die Individualisierung von Konsum und Gesundheit nach dem Zweiten Weltkrieg

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs glichen sich die Konsumwelten dies- und jenseits des Atlantiks an. Zum einen wurde besonders Westdeutschland von einer Konsumrevolution erfasst. Hunger und Mangelernährung wurden überwunden, die Bundesrepublik fand Anschluss an jenes goldene Zeitalter, das in den USA bereits in der Zwischenkriegszeit begonnen hatte. Dabei blieben jedoch nationale beziehungsweise europäische Traditionen erhalten. Zum anderen wurde in den USA seit 1933 in zwei Stufen die Alkoholprohibition aufgehoben. Dadurch kehrten die Amerikaner in vielen Fällen wieder zu den europäischen Trinkgewohnheiten zurück. Hinzu kam in Nordamerika und Europa seit dem Zweiten Weltkrieg ein bis dahin unbekannter Zigarettenverbrauch. Das fröhliche Essen, Trinken und Rauchen wurde in der Nachkriegszeit zunächst nur wenig durch staatliche Intervention gestört. Dies wäre auch kaum noch möglich gewesen, da die Gesellschaften Europas und Nordamerikas auch in der Gesundheitsfrage von einem neuartigen Individualismus bestimmt wurden. Zudem schliffen sich die moralischen Vorbehalte und die feinen Unterschiede nach 1945 stark ab; dies erschwerte es, selbst traditionelle Vorbehalte gegen Völlerei, Tabakqualm oder ein Bierchen zu viel zum Ausdruck zu bringen. In einer wiederhergestellten transatlantischen Gemeinschaft wurden bis dahin ungeahnte Mengen an industriell erzeugten Lebensmitteln, Alkohol und Tabak verbraucht. Alles dies wurde erst zu einem bedeutsamen Thema, als sich mit einigem zeitlichen Abstand zum Zweiten Weltkrieg neuartige wissenschaftliche Erkenntnisse, gesundheitliche Bedenken und umweltpolitische Ansätze Bahn brachen. Bis dahin beherrschten die Paradoxien der Überflussgesellschaften das Bild. Es setzte sich eine individualisierte, auf persönliche Präferenzen gegründete Konsumgesellschaft durch. Sie überließ die Entscheidung, was jeweils gut, richtig oder gesund war, überwiegend dem Einzelnen.

9. Vom Mangel zum Überfluss: Ernährung in Deutschland bis in die 1970er Jahre

Zwischen der Jahrhundertwende und den 1960er Jahren war Deutschland durch extreme wirtschaftliche Wechsellagen und politische Systembrüche bestimmt. Eine relativ kontinuierliche Entwicklung zu einer modernen Ernährung, wie zeitgleich in den USA, war in Deutschland daher zwischen 1914 und 1948, dem Jahr der Währungsreform, kaum möglich. Prägend waren eher Versorgungsengpässe, trotz derer die Bevölkerung versuchte, ein vor 1914 entstandenes Niveau zu erreichen. Kurzfristig gelang dies jeweils nach der Mitte der 1920er und 1930er Jahre. Die deutsche Kost war in der gesamten Katastrophenzeit noch durch viele traditionelle Elemente bestimmt, die in der Zwischenkriegszeit mit wenigen Neuerungen verbunden wurden. Der Einfluss der Ernährungsreform, auch derjenigen, die das NS-Regime aufzuoktroyieren versuchte, blieb eher randständig. Deutschland hatte vor 1914 zu den Pionieren der Ernährungsforschung und Lebensreform gehört, dann aber fiel das Land bis in die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg merklich zurück. Vielleicht erklärt sich daraus die nachholende Geschwindigkeit, mit der sich der Wandel nach 1948 in Westdeutschland vollzog.

Die Mangel- und Hungerjahre werden hier nicht ausführlicher in die Darstellung einbezogen, denn sie geben ja letztendlich nur an, wie weit Deutschland ab 1914, 1929 oder 1942 jeweils hinter dem zurückblieb, was schon vor 1914 üblich war. Zudem vollzogen sich die entscheidenden Wandlungen, und damit eine Angleichung an die Verhältnisse in Amerika, erst nach 1948. Ausgangspunkt für die wachsenden Unterschiede zwischen Deutschland und den USA war der Kriegsausbruch 1914, da das Kaiserreich von Lebensmittelimporten abhängig war. Als es Großbritannien bald nach Kriegsausbruch gelang, die Seewege nach Deutschland zu blockieren, machte sich dort rasch Mangel bemerkbar (Roerkohl 1991: 23–64). Schon im Oktober 1914 wurden entsprechende gesetzliche Regelungen getroffen: Weizenbrot war mit Roggenanteilen zu versehen, Roggenbrot wurde mit

Kartoffeln gestreckt. Ab 1917 verwandelte sich das erhältliche Brot dann in ein Surrogat, das aus Rübenschnitzeln hergestellt wurde. Brot war nur ein Beispiel für die schlechte Ernährungslage. Dagegen kämpften Behörden, Verbraucher und Produzenten durch Rationierung, Eigenanbau und neue Produkte an – zum Kriegsende hin zunehmend erfolglos. Die Kost im Ersten Weltkrieg und in der Nachkriegszeit prägte wieder jene Not- und Mangelnahrung, welche bei der Unterschicht bis weit in das 19. Jahrhundert vorgeherrscht hatte und die man längst überwunden glaubte. Daher versuchte man, die errungenen Fortschritte aufrecht zu erhalten, und sei es nur als Illusion einer im Krieg normalen Kost. So aßen die Menschen denn lieber Surrogate, etwa Brot aus Kartoffeln oder Rüben, als Pellkartoffeln oder Steckrübeneintopf.

Bis zum Winter 1916/17 wirkten die Maßnahmen der Kriegsernährungswirtschaft relativ gut, etwa durch Preiskontrollen und die Bewirtschaftung von Mangelgütern (ebd.: 65ff.). Dann aber brach die gesamte Versorgung ein. Die Behörden reagierten auf den Steckrübenwinter mit der Rationierung der meisten Lebensmittel. Die Verteilung übernahmen die Kommunen, die oft selbst zu Beschaffung und Erzeugung übergingen. Im Dezember 1916 wurde die Kartoffelausgabe pro Kopf und Tag von 500 auf 375 Gramm reduziert. Selbst dieser Anspruch war häufig nur noch theoretischer Natur, aber das Hauptproblem war die Sicherung des Fettbedarfs. Seit 1917 war die Bevölkerung mit Fett drastisch unterversorgt. Der wöchentliche Verbrauch pro Person hatte in der Vorkriegszeit 230 Gramm betragen; er ging bis Kriegsende auf 70 Gramm zurück. Insgesamt setzte die Notversorgung ab dem Winter 1916, wenn der zynische Ausdruck erlaubt ist, die schlanke Linie durch: Das durchschnittliche Körpergewicht verringerte sich im Krieg pro Person um immerhin 20 Prozent (Hirschfelder 2005: 214f.)!

Der Krieg veränderte Beschaffungswege und Art der Speisung. Wer nicht Landwirt im Nebenerwerb war oder einen Gemüsegarten besaß, nutzte Blumenbeete, Balkons und Hinterhöfe. Aufgrund der Mängel der offiziellen Rationen blühte der Schwarzmarkt auf. Außerdem änderte der Krieg die Präferenzen der Nahrungsaufnahme: Es wurde wieder beinahe alles verspeist, was satt machte; etwa Pflanzen, deren Genießbarkeit in Vergessenheit geraten war, wie Brennnessel, Löwenzahn und Spitzwegerich. Weiterhin erlebte der Ersatzkaffee eine Renaissance. Überhaupt wurden im Krieg Surrogate immer bedeutsamer. Seit Ende 1916 begann deren massenhafte Herstellung – bis 1919 genehmigten die Behörden über

11.000 Einzelprodukte. Erzeugt wurden Surrogate für Eier, Gewürze, Honig, Marmelade, Puddings, Kakao, Margarine, Süßstoffe, Mineralwasser, Limonade, Kuchen, Salate, Speiseeis und so weiter (Stadthagen 1919). Schließlich wandelte sich die Art der Speisung: Die Massenverpflegung in Schulen, Betrieben und Kriegsküchen entprivatisierte die Ernährung, mit weitreichenden sozialpsychologischen Folgen (Roerkohl 1991: 173ff.). In Berlin setzte der Magistrat das reichsweit größte Experiment zur öffentlichen Verpflegung in Gang. Im Juli 1916 ging die erste Zentralküche in Betrieb, bis Ende September waren elf städtische Großküchen mit insgesamt 77 Verteilungsstellen entstanden. Dabei wurden die nun leeren Markthallen als Kantinen genutzt. Riesige Elektrogeräte spülten, schälten und schnitten Hunderte Pfund Gemüse; die obligatorischen Eintöpfe kochten in Kesseln, die bis zu 600 Liter fassten. So war ein Versorgungssystem entstanden, das täglich mehr als 250.000 Liter Suppe herstellte. Angeblich wurde in jeder der Großküchen ab Ende 1916 für mehr als 15.000 bis 20.000 Menschen gekocht. Damit hatte die Verpflegung im Krieg ein industrielles Ausmaß erreicht; und die eingezogenen Soldaten wurden ja ohnehin gemeinschaftlich verpflegt (Allen 2002: 82).

Mit dem Ende der Kampfhandlungen und der Aufhebung der Seeblockade normalisierte sich nach 1919 allmählich die Versorgung. Man kehrte zur Vorkriegskost zurück, so dies Inflation, Massenarbeitslosigkeit und politische Wirren zuließen. Der traditionelle Unterschied zwischen nord- und süddeutscher Kost blieb erhalten, wenn auch in einem sich allmählich modernisierenden Gewand (Lesniczak 2003: 313ff.). So galt seit dem Krieg Marmelade als Standardaufstrich für Brot. Das wichtigste Prinzip der Alltagskost war es jedoch, preiswert satt zu werden. In Großstädten nahmen die Erwachsenen im Schnitt immerhin zwischen 2.300 und 4.000 Kalorien am Tag zu sich. Ob dies in Bezug auf Nährwert und Inhaltsstoffe zu viel oder zu wenig war, ist kaum noch festzustellen, da die Relation zu Konstitution und körperlicher Arbeit nicht mehr ermittelbar war. Wahrscheinlich war die Ernährung durch fünf schichtspezifische Idealtypen bestimmt, die der Ernährungsforscher Gottlieb Schnapper-Arndt (1846-1904) aufgestellt hatte: die frei gewählte Kost der Oberschichten, die Kost der städtischen Handwerker, kleinen Beamten und Facharbeiter, die Kost der Bauern, Fischer, Tagelöhner und des Gesindes, die Kost der ländlichen Heimarbeiter und Handwerker mit hoher Eigenerzeugung und die Kost des von der Naturalwirtschaft kaum noch beeinflussten großstädtischen Lohnarbeiters (Schnapper-Arndt 1912: 406).

In der Zwischenkriegszeit war es auf dem Lande in vielen Gegenden noch üblich, gemeinsam aus einer Schüssel zu essen. Auch die Alltagskost auf einem typischen Bauernhof im Rheinland war durch jene Gewohnheiten geprägt, die sich seit dem 18. Jahrhundert herausgebildet hatten. Morgens nahm man ein Frühstück aus Bratkartoffeln, Ersatzkaffee und Milch, Schwarzbrot, Margarine, Quark und Apfelkraut ein. Dann folgte gegen zehn Uhr ein zweites Frühstück, bei dem man Graubrot mit Margarine, Wurst, Käse oder Speck aß. Mittags aß man als Vorspeise Milchsuppen, anschließend Kartoffeln mit Fleisch, Gemüse und Kompotte aus Äpfeln oder Pflaumen. Sonntags war das Essen, was die Fleischportionen anging, reichhaltiger. Nachmittags gab es wiederum Brote, am Sonntag auch echten Kaffee und Kuchen. Der Tag schloss bereits gegen sechs oder sieben Uhr abends mit Bratkartoffeln, am Sonntag auch Obstkuchen oder Kartoffelsalat ab. Dieses Speisesystem verweist auf eine traditionelle Orientierung selbst nach Krieg, Inflation und Weltwirtschaftskrise. Teile dieses Systems waren das bessere Essen an Sonn- und Feiertagen und die Festlegung der Speisen nach den Jahreszeiten (Hirschfelder 2005: 221).

Schon vor dem Ersten Weltkrieg hatten sich, wie gezeigt, Ernährungsideologien verbreitet, etwa die Roh- oder Naturkost. Nach dem Krieg drang auch die moderne Ernährung zumindest in die gebildeten Schichten und die Hauswirtschaftslehre vor. Neue Erkenntnisse verbreiteten sich über die Rolle der Vitamine. Zum Ende der 1920er Jahre erhöhte sich in Deutschland der Verzehr von Südfrüchten. Zu einer mit den USA vergleichbaren *Vitamania* kam es jedoch nicht. Die Deutschen waren durch Krieg und Inflation verarmt und die Lebensmittelindustrie reagierte nur langsam auf die neuen Möglichkeiten. Sie unterschätzte deren kommerzielles Potenzial, Vitaminpräparate drangen daher in Deutschland nicht aus dem klinischen Bereich in den Massenkonsum vor (Spiekermann 1999a: 16ff.). Verglichen mit den USA war auch der Wandel zu neuen Körperidealen begrenzt: Ohnehin war massive Überernährung in Deutschland wegen der Weltkriege und der Weltwirtschaftskrise eher selten. Immerhin, einzelne Veränderungen ergaben sich bei Genussmitteln: Frauen tranken und rauchten nun öfter in der Öffentlichkeit. Dies war vor allem ein Phänomen der Großstadt und betraf oft jene unverheirateten weiblichen Angestellten, deren Konsumstil ansonsten durch niedrige Einkommen und schlechte Ernährung geprägt war (vergleiche Suhr 1930: 38–46).

Mit der Weltwirtschaftskrise verschlechterte sich die Massenernährung wieder erheblich. Dies wurde damals kaum angemessen erforscht; und

noch heute liegen nur wenige Studien zur Deprivation während der Depression vor. Die *Deutsche Kinderfibel* von Ruth Fischer und Franz Heimann war eine der wenigen Ausnahmen. Die Autoren untersuchten exemplarisch die Ernährungslage in Berliner Haushalten. Die Familie Mielenz etwa bestand zum Zeitpunkt der Datenerhebung aus einem Elternpaar mit sieben Kindern im Alter zwischen 17 Jahren und acht Monaten (Fischer/Heimann 1933: 93ff.). Die Familie gehörte noch zum begünstigten Teil der Bevölkerung, denn beide Elternteile hatten eine Beschäftigung. Das wöchentliche Einkommen von 55 Reichsmark war überdurchschnittlich, allerdings blieben davon nur rund 19 Reichsmark für Ernährung übrig. Die Kost bestand aus Kartoffeln, Gemüse, Schmalzbroten und Malzkaffee; nur der Familienvater erhielt wegen seiner schweren Arbeit Wurst und Fleisch. Aus den Einkäufen der Familie errechneten Heimann und Fischer einen Gesamtnährwert der Kost von 11.000 Kalorien. Dies ergab, selbst wenn man den Säugling und eines der Kleinkinder nicht mit einrechnete, nur ungefähr 2.200 Kalorien pro Person und Tag. Da die Ernährungswissenschaft damals 2.540 Kalorien als minimalen Tagesbedarf ansah, war selbst Familie Mielenz unterernährt. Wirklich dramatisch war die Lage der Arbeitslosen. Sie ernährten sich wieder so wie ihre Vorfahren 100 Jahre zuvor – mit Kartoffeln, Kohl, Brot und Malzkaffee (ebd.: 105f.).

Anders als im Ersten Weltkrieg wurden die Versorgungsmängel oft nicht als kollektives, sondern als individuelles Schicksal empfunden. Außer von der KPD wurde der Hunger selten direkt politisch thematisiert oder instrumentalisiert. Die Politiker der übrigen nicht-faschistischen Parteien waren eher auf das Ideal einer Kernfamilie fixiert, die es durch eisernes Sparen und Improvisationskunst verstand, sich durch die Krise zu lavieren. In der Wirtschaftskrise übernahmen Frauen noch verstärkt die Aufgabe der Familienköchin, auf die sie nicht nur das bürgerliche Ideal ohnehin festlegen wollte. Allerdings war diese Rolle nun schichtübergreifend gefasst, im Sinne einer verwissenschaftlichten Haushaltsführung. Die Kinderfibel gibt Beispiele dafür, wie versucht wurde, Mangel und Not rationell zu bewältigen (Schlegel-Matthies 1995: 149ff.). Dagegen waren junge Männer für Gemeinschaftsverpflegung, etwa in der SA, empfänglich. Die auf das deutsche Kollektiv zielenden Versprechungen des Nationalsozialismus von »Arbeit und Brot« (man beachte aber die Reihenfolge) verstärkten zwar einerseits dessen Anziehungskraft, andererseits bildeten sich offenkundig schon in der Großen Depression jene individuellen Überlebensstrategien

heraus, die im »Bleib übrig!« der Jahre nach 1942 kulminieren sollten, wie es Lüdtke präzise beschrieben hat (Lüdtke 1987: 175f.).

Diese Zwiespältigkeit von Individualisierung und Vermassung prägte die NS-Zeit. Sie war vielleicht mit ein Grund dafür, dass die Maßnahmen des Regimes zum Lebensstil trotz des volksbeglückenden Ansatzes, wie oben geschildert, so wenig erfolgreich waren. Denn bilanziert man die NS-Maßnahmen zum Ernährungsstil, so fällt eher auf: Die Entwicklung ging schon bald in eine Richtung, die eben nicht angestrebt worden war. Auf die Notjahre von 1943 bis 1948 folgte keine Rückkehr zur deutschen Esskultur mehr, sondern deren Internationalisierung. Mit einer neuartigen Konsumkultur übernahm die (westdeutsche) Bevölkerung im Sog der Westorientierung wichtige Elemente der aus den USA stammenden modernen Ernährung. Sie wurde schon bald um zahlreiche weitere Konsumtrends aus aller Welt erweitert. Außerdem wurde die Ernährung in Deutschland konformer: Die bis dahin prägenden Regionalküchen verloren ihren Einfluss, besonders sichtbar bei Heimatvertriebenen und Flüchtlingen. Die Kost in Deutschland standardisierte sich, im Westen beziehungsweise Osten aus unterschiedlichen Gründen, auf die noch eingegangen wird.

Aber: Besonders die frühe Nachkriegszeit war zunächst durch Mangel, ja Hunger bestimmt. Unmittelbar nach Kriegsende begannen sich jene Engpässe zu verschärfen, die sich in den letzten Kriegsmonaten abgezeichnet hatten (vergleiche Gries 1991; Rüther 2005). Bald waren die letzten Vorräte aufgebraucht. Kinder begannen, bei den westlichen Alliierten, wo die Soldaten gut versorgt waren, zu betteln. Besonders die Großstadtbewohner waren vom Hungertod bedroht. Sie versuchten, ihre Nahrung durch Hamstern bei Bauern oder auf dem Schwarzmarkt zu beschaffen. Sachgüter und Dienstleistungen wurden gegen Lebensmittel eingetauscht, die auf dem Schwarzmarkt bis zu hundertmal so teuer waren wie behördlich festgelegt. Ein Kilogramm Butter kostete offiziell vier Reichsmark; tatsächlich war es nur für 350 bis 550 Reichsmark zu haben. Die Schattenwirtschaft entzog wichtige Güter der regulären Verteilung und erzeugte organisierte Kriminalität. Sie zu bekämpfen war eine wichtige Aufgabe der deutschen und alliierten Behörden. Allerdings gab es kaum Alternativen zur Teilnahme am Schwarzmarkt. Mitunter war nur so die Versorgung kompletter Betriebsbelegschaften zu gewährleisten. Bis Ende 1946 hatte sich die Lage so weit verschlechtert, dass die Bevölkerung der Westzonen mit durchschnittlich 60 Prozent der Kalorienmenge der Vorkriegszeit auskommen musste (Protzner 1987: 15).

Diese Durchschnittswerte verdeckten enorme Unterschiede: Relativ gut versorgt waren Bauern und ihre Familien sowie Personen, die größere Gärten besaßen oder über Beziehungen verfügten. Miserabel war die Lage der Ausgebombten, Rückkehrer, Flüchtlinge und Heimatvertriebenen; sie erhielten in der Regel kaum mehr als 1.000 bis 1.700 Kalorien täglich, also nur 30 bis 45 Prozent jenes Nährwerts, der in der Vorkriegszeit üblich gewesen war. In den Ballungsgebieten war die Lage jeweils im Frühjahr 1946, 1947 und 1948 geradezu dramatisch. Dort sank die täglich zur Verfügung stehende Nahrungsmenge pro Person unter 1.000 Kalorien, im Ruhrgebiet unter 800. Zudem verschlechterte sich die Qualität der Lebensmittel. Der Eiweiß- und Fettgehalt sank, viele Erzeugnisse erreichten die Verbraucher in fast verdorbenem Zustand oder waren mit Bakterien, Pilzen oder Chemikalien belastet. Ein normaler Verbraucher erhielt 1948 in Gelsenkirchen in der 110. Lebensmittelzuteilungsperiode die tägliche Ration von 321,4 Gramm Brot, 35,7 Gramm Nährmittel, 4,4 Gramm Kaffee-Ersatz, 17,8 Gramm Fisch, 7,1 Gramm Fleisch, 2,3 Gramm Käse, 8,9 Gramm Zucker und 16,1 Gramm Marmelade (ebd.: 13).

Diese Menge reichte nicht aus – nicht, um den Hunger zu stillen, und schon gar nicht, um sich gesund zu ernähren. Der gesundheitliche Aspekt der Ernährung trat ohnehin ganz in den Hintergrund; zentral war es, überhaupt satt zu werden. In Bezug auf den Geschmack wurde dann improvisiert. Dabei entstanden Techniken zum Strecken von Geschmacksträgern oder zu deren Nachahmung. Frikadellen zum Beispiel schmeckten eigentlich nur nach den verwendeten Brotresten, da sie fast gar kein Fleisch mehr enthielten. Dies veränderte sich, wenn man Rote-Bete-Saft hinzufügte (*Der Silberstreifen* 1948: 60). Aufsätze, die die Schulkinder in dieser Zeit verfassten, waren ein Spiegel der alltäglichen Not. Die Mädchen aus der siebten Klasse einer Nürnberger Volksschule antworteten auf die klassische Frage, was sie sich bei drei freien Wünschen vorstellten: bessere Schuhe, nie wieder Krieg, ein Haus mit Gemüsegarten, ein Dach für das Schulhaus, weil es dort hereinregnete, und vor allem – ausreichend zu essen (*Nürnberger Nachrichten* vom 17. 08.1946)!

Weit mehr Menschen wären gestorben, hätten die westlichen Alliierten nicht durch die Lieferung von Lebensmitteln und Paketspenden versucht, die größte Not zu beheben. Eine derartige Hilfe gab es in der sowjetischen Zone nicht; dort war die Versorgungslage erheblich schlechter als in der amerikanischen, britischen und selbst in der französischen Zone. Ein Gradmesser für die unterschiedlichen Lebensbedingungen war die Sterb-

lichkeit durch Tuberkulose. Diese betrug vor dem Zweiten Weltkrieg im Durchschnitt des Deutschen Reiches 6,2 Todesfälle auf 10.000 Einwohnern. 1946 lag die Quote in den Westzonen bei 7,4, in der Ostzone dagegen bei 18,0 (Schwarzer 1995: 125ff.)! Selbst in den Westzonen erfolgte eine grundlegende Verbesserung der Versorgungslage aber erst gut zwei Jahre nach Kriegsende: Am 5. Juni 1947 kündigte der amerikanische Außenminister George C. Marshall das *European Recovery Program* (ERP) an, später auch Marshallplan genannt. Dieser Plan brachte ein Ende der Notjahre mit sich. Sie hatten in Deutschland nach dem Ausbruch des Ersten Weltkrieges, mit Unterbrechungen, über drei Jahrzehnte gedauert.

Mit der Teilung Deutschlands erlangte die Weltpolitik eine Bedeutung für die Ernährung, wie sie sie bis dahin nie besessen hatte. In Westdeutschland wurden die Entwicklungen ab 1948, als Marshallplan und Währungsreform zu wirken begannen, als „Fresswelle« bezeichnet (Andersen 1997: 34). Sie war zunächst dadurch gekennzeichnet, dass man große Mengen an Kalorien zu sich nahm (Winkel 1987: 33). Allerdings verschoben sich schon zwischen 1948 und 1950 die Präferenzen der Verbraucher: Gemüse wie Kohl oder Kartoffeln und Fischkonserven, die in Notzeiten auf Bezugsschein erhältlich gewesen waren, wurden unbeliebt. Man bevorzugte nun Produkte, die als hochwertig galten oder die es über viele Jahre hinweg nur selten gegeben hatte: Sahne, Butter, Alkohol und Fleisch. Im Nachhinein erstaunt es, wie rasch der Mangel durch Überfluss abgelöst wurde. Schon 1949 gingen die Behörden dazu über, Säumnisabschläge zu erheben, wenn Zuteilungen nicht rechtzeitig eingelöst wurden. Anfang 1950 wurden in Westdeutschland letztmals Lebensmittelkarten ausgegeben. Das *Zwei-Zonen-Amt für Ernährung und Landwirtschaft*, im Volksmund *Stuttgarter Dunkelkammer* genannt, wurde zum 1. März 1950 geschlossen. Kurz zuvor gab es nochmals neun Kilogramm Brot, 1,5 Kilogramm Mehl, 750 Gramm Teigwaren, ein Kilogramm Fleisch, 1.100 Gramm Fett und drei Pfund Zucker als Zuteilung pro Person und Woche.

Eine derartige auf Kohlenhydraten basierte Kost hatte damals kaum noch etwas mit der bundesdeutschen Realität gemeinsam: In der gesamten Republik luden die Gaststätten zum Schlachtfest ein! Begehrt waren außerdem die lange vermissten Produkte aus Übersee wie Tabak, Kaffee, Südfrüchte, Spirituosen, Fischereierzeugnisse, Schokolade und Luxuswaren. In den Jahren 1950 und 1951 machte der Import derartiger Waren rund 15 Prozent der Gesamteinfuhr der Bundesrepublik aus! Wie mächtig ihre Bürger lostafelten, zeigte sich in der Gewichtszunahme der Bevölkerung.

Im Hungerwinter 1946/47 hatte man im Durchschnitt bei den Männern zwölf und bei den Frauen neun Kilogramm Untergewicht festgestellt. Schon 1952 hatte die männliche Bevölkerung 1,5 und die weibliche im Schnitt etwa ein Kilogramm zu viel auf den Rippen. Dazu trugen auch jene Wettessen bei, welche von Flensburg bis Garmisch-Partenkirchen in Restaurants, bei Metzgern oder Bäckern veranstaltet wurden (Protzner 1987: 28). In derartigen Gelagen zeigte sich ein tiefes Trauma, das der westdeutschen Gesellschaft über viele Jahrzehnte erhalten blieb – die Furcht nicht genügend zu essen zu bekommen. Harald Winkel hat auf jene Gewohnheiten der älteren Generationen verwiesen, die bis in die mittlere Bundesrepublik hinein Vorräte anhäuften und angebotene Mahlzeiten bis auf den letzten Rest verspeisten. Die Angst vor dem Hunger beziehungsweise vor der Rückkehr des Mangels sollte die Menschen in den ersten 20 Jahren nach der Währungsreform weiter prägen (Winkel 1987: 32).

Oft wird dabei auf ein Körperbild verwiesen, dass die bundesdeutsche Gesellschaft damals mental beschäftigte: Galt eine übergewichtige Person nun doch wieder »nicht als bedauernswertes Opfer einer ungezügelten Leidenschaft, sondern als ein Mann, der sich auch nach außen hin sichtbar etwas leisten kann« (ebd.: 33). Der langjährige Wirtschaftsminister Ludwig Erhard sollte als »dicker Erhard« diese Werte als Person und Politiker verkörpern. Wahrscheinlich jedoch war Körperfülle, wie noch zu zeigen sein wird, damals schon eine eher zwiespältig bewertete Eigenschaft. Ohne Zweifel aber spielte der Überfluss für die politische Symbolik der frühen Bundesrepublik, gerade in Systemkonkurrenz zur DDR, eine zentrale Rolle. Besonders Politiker der CDU/CSU waren bemüht, eine Verbindung zwischen der Überwindung des Hungers und ihrer Regierungstätigkeit herzustellen. Berühmte Symbole für diesen »Wohlstand für Alle« waren die Düsseldorfer Ausstellung *Alle sollen besser leben* im Jahre 1953 oder die Berliner *Grünen Wochen*. Noch 1957 rief die CDU auf ihren Plakaten zur Bundestagswahl dazu auf, mit dem Einkaufsnetz abzustimmen.

Die „Fresswelle« verwandelte den westdeutschen Speiseplan aber nicht nur entscheidend, was die Mengen betraf. Zugleich fanden wichtige Verschiebungen im Verbrauch statt: Der Konsum von Schweinefleisch erhöhte sich pro Kopf und Jahr von 1950 bis 1960 von 19 auf 30 Kilogramm und der Verbrauch von Geflügel verdreifachte sich sogar. Dagegen wurden weniger Kartoffeln verzehrt. Der Wandel wurde von der Agrarpolitik gefördert: Der »Grüne Plan« von 1955, eine Bundesinitiative, sprang den heimischen Erzeugern angesichts der Öffnung der europäischen Agrar-

märkte zur Seite. Subventioniert wurden moderne Agrarfabriken und der Einsatz von Maschinen und Chemie in der Landwirtschaft. Mit der „Fresswelle« ging auch ein Anstieg des Verbrauchs von Genussmitteln einher; zwischen 1950 und 1960 erhöhte sich der Zigarettenkonsum pro Kopf und Jahr von rund 500 auf 1.600; im selben Zeitraum stieg der Bierverbrauch von 37 auf 120 Liter an (Hirschfelder 2005: 242). Und überhaupt deutete sich bereits 1955 eine Diversifizierung des Verbraucherverhaltens an (Wildt 1997: 211ff.).

Allerdings überwog bis zum Ende der 1950er Jahre in der Massenernährung der Bundesrepublik ein quantitativer Trend: Man konsumierte mehr von dem, was schon vor dem Ersten Weltkrieg als prestigeträchtig, schmackhaft oder gut gegolten hatte. Zunächst blieben das System der Mahlzeiten und die mit dem Essen verbundene Kultur erhalten. Ein Hauptgrund war, dass sich die Menge des Angebotes stärker veränderte als die Auswahl. So gab es weiterhin die üblichen Neben- und Hauptmahlzeiten mit den bekannten Speisen. Regionale Unterschiede blieben gewahrt: Gemüseeintöpfe im Norden, Nudeln und Klöße im Süden. In der Nachkriegszeit bestimmend waren noch traditionelle Speisebräuche bei Familienfesten. Ohnehin waren die Bundesbürger damals keine Feinschmecker: Verzehrt wurden fettes Fleisch, Suppen und allgemein kalorienreiche Kost. Die Tabellen V und VI im Anhang zeigen aber auch, dass sich in dieser Dekade die Präferenzen der Verbraucher allmählich verschoben. Dies war umso erstaunlicher, wenn man die schmalen Budgets der meisten Haushalte bedachte. Einer vierköpfigen Familie standen im Durchschnitt 1950 nur 350 Deutsche Mark im Monat zur Verfügung. Ein Pfund Bohnenkaffee kostete jedoch 14,35 Deutsche Mark. Hinzu kam, dass Millionen ihre gesamte persönliche Habe verloren hatten. In der frühen Bundesrepublik verlegte man sich dennoch zunächst auf eine ausreichende Versorgung mit Nahrungs- und Genussmitteln. Erst mit entsprechendem Abstand folgten auf die „Fresswelle« dann weitere Konsumwellen bei Kleidung und Haushaltsgegenständen. Dies zeigt, wie tief die Ernährungskrise zwischen Erstem Weltkrieg und Währungsreform tatsächlich gewesen war.

Die Abfolge der genannten Konsumwellen hatte hauptsächlich zwei Ursachen: Die Nominal- und Reallöhne stiegen nach 1950 erheblich an, dagegen sanken die Realpreise für Lebens- und Genussmittel kontinuierlich. Deshalb gingen im Laufe des Jahrzehnts die relativen Ausgaben der Haushalte für Ernährung fortlaufend zurück. Besonders seit den frühen

1960er Jahren konnte man dann die Ausgaben in zwei neue Richtungen disponieren: zu »höherwertigen« und zu »exotischen« Nahrungsmitteln. Dieser Wandel beruhte auf Veränderungen, die tief in den Alltag eingriffen: technische Innovationen und Internationalisierung der Ernährung. Bedeutende Veränderungen ergaben sich aus den Fortschritten in der Konservierungstechnik. Die Verbreitung von Konserven, besonders für Obst und Gemüse, war in Westdeutschland bis zum Beginn der 1950er Jahre verglichen mit den USA beinahe marginal. Die Menschen waren gewohnt, wegen ihrer geringen Kaufkraft Lebensmittel noch selbst zu konservieren. Anders als in den USA waren viele Ehefrauen nicht berufstätig, was einen höheren eigenen Arbeitsaufwand ermöglichte. Deutsche Industriekonserven waren in Inhalt und Verarbeitung oft mangelhaft, die Werbung war unzureichend, ihrVerbrauch hatte sich in der Alltags- und Festtagsküche einfach nicht durchgesetzt. Obst- und Gemüse aus der Dose verbreiteten sich in Westdeutschland erst in den zwei Dekaden nach der Währungsreform. Die Werbung wurde intensiviert, das Angebot verbessert und Markenartikel geschaffen (Bormann 1952: 131ff.).

Die moderne Kühltechnik drang noch später in die westdeutschen Haushalte vor, erst um 1960. Der Kühlschrank veränderte dann jedoch die Küchentechnik rasch und durchgreifend, denn durch die Kühlung konnten frische Produkte nun zu jeder Jahreszeit gekauft und aufbewahrt werden. Technischer Fortschritt und Internationalisierung waren sofort erkennbar, wenn man damals den Kühlschrank einer Durchschnittsfamilie öffnete. Dort fanden sich, neben den nun auf Vorrat kaufbaren Schlachterzeugnissen wie (fetten) Würsten oder Schweinekoteletts, große Mengen an Fett, aber nicht mehr in Form von Butter oder Schweineschmalz. Viele Hausfrauen verwendeten nun die kostengünstigere Margarine als Brotaufstrich, Schmalz wurde durch Kokosfett für das Braten abgelöst. Neu waren auch Flaschen oder Gläser mit Ketchup oder Gewürzgurken. Mitunter stand daneben eine Flasche Coca-Cola, ein übel beleumdetes Erzeugnis, über das Horrorgeschichten kursierten. Hoch angesehen war eingedoste und gesüßte Kondensmilch. Um 1960 beinhalteten die Kühlschränke im untersten Fach Südfrüchte – Apfelsinen und Bananen galten als wichtige Argumente im Kalten Krieg. Die Gefriertechnik ermöglichte die langfristige Aufbewahrung von Produkten, die bis dahin mit hohem Aufwand getrocknet, gepökelt oder eingekocht wurden. Zunächst froren so diejenigen, die selbst Schlachtfleisch erwarben, Schnitzel und Koteletts ein. In den 1960er Jahren beschränkte sich der Gebrauch von Gefriertruhen in

Deutschland auf die Selbstversorgung. In den Truhen der Supermärkte fand man zunächst nur Spinat und tiefgekühlte Hähnchen (Spiekermann 1999b: 43).

Seit den 1960er Jahren fiel ein großer Teil des weiteren Zuwachses im Einzelhandel auf Fertigprodukte. Sie drangen seitdem in die deutsche Küche vor – in Dosen, gefriergetrocknet oder eingefroren. Eine besondere Bedeutung für diese Küchenrevolution besaß Ende der 1970er Jahre die Tiefkühlpizza, die Pionierin der tiefgekühlten Fertigkost. Damit begann eine neue Ausrichtung des Massengeschmacks. Der Wandel wurde durch die moderne Lebensmittelchemie mithilfe von Geschmacksverstärkern und Aromastoffen forciert. Eine weitere Veränderung ergab sich im Einzelhandel: Waren wurden nicht mehr vom Ladenbesitzer abgewogen und verpackt; die neuen Produkte lagen schon in aufwendigen Sichtverpackungen in den Regalen und Truhen aus. Damit hatte sich im deutschen Einzelhandel das Prinzip der Selbstbedienung durchgesetzt. Lebensmittel wurden nun in der Regel in Geschäften erworben, die dem Prinzip des US-Supermarktes folgten. Dies war ein weiterer Aspekt einer internationalen Ausrichtung der deutschen Esskultur, die sich seit den 1950er Jahren durchsetzte.

Noch in einem weiteren Bereich orientierte sich die bundesdeutsche Gesellschaft am Vorbild der USA: bei der Motorisierung. Sie hatte über die Veränderung des Einkaufsverhaltens und den Trend zur Ferienreise ins Ausland erheblichen Einfluss auf die Esskultur. Die Reiselust der Bundesbürger richtete sich zunächst nach Italien. Spaghettigerichte und zu Kerzenhaltern umgebaute Chiantiflaschen deuteten neue kulinarische Erfahrungen an. In den 1960er und 1970er Jahren hatte die Deutsche Mark im europäischen Ausland eine hohe Kaufkraft, und der Besuch in einem gehobenen spanischen Restaurant war selbst für Durchschnittsverdiener sensationell preiswert. Im Ausland lernte man so andere Speisesysteme kennen, Pizza, Paella und französische Küche. Zurück in der Heimat versuchte man, die Gerichte nachzukochen, oder bereitete seine Urlaubsreise in einer griechischen Taverne nach. Seit den 1960er Jahren drangen so ausländische Restaurants, zunächst italienische und jugoslawische, in der Bundesrepublik vor. Verstärkt wurde dies durch die massive Einwanderung. Zwar hatte es bereits in den 1920er und dann wieder ab den 1950er Jahren italienische oder selbst chinesische Restaurants gegeben. Ein stabiles und umfangreiches Angebot an nicht-deutschen Speisen etablierte sich in Westdeutschland aber erst auf dem Höhepunkt der Gastarbeiterwelle

um 1970. Im folgenden Jahrzehnt bot dann die Mehrheit der Restaurants und Imbissstuben ausländische Kost an. Dabei gingen viele Eigenschaften der fremden Küchen zugunsten der Anpassung an den üblichen Geschmack verloren. Selbst Gastwirte aus dem überwiegend vegetarischen Indien boten die erwarteten großen Fleischportionen an (Winkel 1987: 37ff.).

Eine weitere wichtige Neuerung war die Einführung einer Imbisskultur, besonders der Pommes- oder Frittenbuden. Ihre Etablierung ist für den Kölner Raum gut erforscht. Dort war das schnelle Essen nach 1880 über die Gaststätten eingeführt worden. Ihr Angebot umfasste hauptsächlich Würste, Frikadellen, Soleier, Rollmöpse und kalte Schweinskoteletts. Seit der Mitte des 19. Jahrhunderts gab es Trinkhallen, die Getränke, Tabakwaren und Lebensmittel verkauften. Das Sortiment an Essbarem beschränkte sich auf eine geringe Auswahl, denn Essen auf der Straße galt bis zum Zweiten Weltkrieg als unfein. Dies änderte sich wegen der katastrophalen Zustände in den Städten nach 1945: Mancher Betreiber einer Trinkhalle bot nun Reibekuchen an. Wer Beziehungen hatte, stellte aus verfügbaren Lebensmitteln einfache Speisen her. Zudem machte sich der Einfluss der Besatzungsmacht bemerkbar. Britische Soldaten patrouillierten durch Köln, und sie waren es von zu Hause gewohnt, im Gehen zu essen. Viele Kölner begannen, ihr Verhalten zu imitieren.

Bis zur Währungsreform konnten die Pioniere des *Fast Food* nur geringe Qualität und Auswahl anbieten. Zu Beginn der 1950er Jahre bot die *Pußta-Hütte* nach ungarischer Art scharf gewürztes Gulasch an (Hirschfelder 1995: 24ff.). Ein entscheidender Wandel setzte erst Ende der 1950er Jahre ein. Die Kundschaft wurde kaufkräftiger und anspruchsvoller. Grillrestaurants, wie die Restaurantkette *Wienerwald*, prosperierten. Dann brachte die Reisewelle im folgenden Jahrzehnt eine weitere Innovation nach Köln – die frittierte Kartoffel. Die heimische Gastronomie reagierte auf die kulinarischen Erfahrungen in Holland und Belgien. Mit dem Siegeszug der Pommes frites war ein Geschmackswandel verbunden, denn nun begann man, in Öl gebratene den gekochten Speisen vorzuziehen. Mit den Fritten hielten gleichzeitig das panierte, in Fett gebackene Schnitzel und der Bratfisch Einzug.

Die Trinkhalle, die Hähnchenbraterei und die Frittenbude standen am Beginn einer wichtigen Veränderung der Kost. In der Bundesrepublik breitete sich eine bis dahin kaum bekannte mobile Ernährung aus. Hier spielten jeweils europäische und amerikanische Einflussfaktoren zusammen:

Zum einen nutzten viele Migranten die Chancen, die sich in Deutschland ergaben. Sie boten italienische Pizza, türkische und griechische Gerichte und chinesisches Essen aus dem Wok an. Zum anderen entdeckten die US-Großketten den deutschen Markt: Seit der Mitte der 1970er Jahre breiteten sich *Kentucky Fried Chicken*, *McDonald's*, *Burger King*, *Subway* und Co. in den deutschen Innenstädten und Gewerbegebieten aus. Die schnelle Ernährung kam zwar zumeist als Zwischenmahlzeit daher, in der Regel handelte es sich dabei jedoch um wahre Kalorienbomben (Winkel 1987: 40).

Bis in die 1960er Jahre hatte sich die deutsche Esskultur nur in einzelnen Teilbereichen geändert. Auch die Tischsitten wandelten sich erst seit dieser Dekade, als das abendliche Familienmahl unter Einfluss des Fernsehens geriet. Es war wahrscheinlich ein Grund für den Einzug des *Fast Food* in die Haushalte. Man gewöhnte sich an den schnellen Verzehr von Vorfabriziertem und Tiefgekühltem, zumal sich das Familienleben und die Essgewohnheiten veränderten. Dazu trug die Berufstätigkeit der Frauen bei, die sich seit den 1960er Jahren erheblich erhöhte. Viele Frauen bewältigten nur noch mühsam die vielfachen Belastungen von Berufs- und Hausarbeit und die steigenden Ansprüche an das Freizeitverhalten.

Fernsehen ist noch in anderer Hinsicht ein weiteres Stichwort, denn spätestens seit den 1960er Jahren wurde der Markt für Lebens- und Genussmittel kommerzialisiert. Dem entsprach die zunehmende Bedeutung der Werbung für immer stärker auf ein bestimmtes Kundendesign hin konzipierte Lebensmittel. Der eigentliche Durchbruch zur systematischen Werbung erfolgte in der Bundesrepublik erst nach dem Ende der „Fresswelle« in den späten 1950er Jahren. Seitdem wandelte sich die Produktwerbung: War sie bis dahin darauf ausgerichtet gewesen, ohnehin nachgefragte Erzeugnisse mit zusätzlicher Aufmerksamkeit zu versehen, konnte man seit den 1960er Jahren dagegen nur noch (neue) Lebens- und Genussmittel verkaufen, wenn man diese vorher intensiv beworben hatte – ein weiteres Indiz dafür, dass um 1960 in Westdeutschland Not und Mangel endgültig überwunden worden waren. Dass dies Auswirkungen auf den Zusammenhang von Ernährung und Gesundheit hatte, liegt auf der Hand.

10. Vom vorläufigen Ende der Bedenken: Ernährungswissenschaften in der frühen Bundesrepublik

Kommen wir nochmals auf die Wirkungen der NS-Zeit zurück. Aus dem bisher Ausgeführten lassen sich Thesen über deren Einfluss auf die gesunde Ernährung nach 1945 ableiten. Mit der Abstellung des Mangels seit 1948 dominierte zunächst ein Faktor das Verhalten vieler Menschen: nachzuholen, was ihnen so viele Jahre entgangen war. Die „Fresswelle« war aber nicht allein aus den bisherigen Entbehrungen zu erklären. Hinzu kamen die indirekten Folgen des Verzichts. Zwar hatte sich die NS-Diktatur bei der Ernährung durch eine für das Regime bezeichnende Unbestimmtheit ausgezeichnet. Zumindest phasenweise aber hatten die Volksgenossen klare Anweisungen erhalten. Tabak und Alkohol sollten gemieden und nur noch gesund, also deutsch gespeist werden. Gegen Ende des Krieges war dies ein Hohn auf die Lebensumstände der meisten Deutschen geworden.

In der frühen Bundesrepublik war auch aus diesem Grunde eine brachiale Volkspädagogik à la Himmler kaum möglich. Selbst zaghafte Aufrufe zu vernünftigem Konsum waren schwierig geworden. Die Verbraucher hatten zu lange auf Zigaretten, Schnaps, Wurst, Butter und Bohnenkaffee verzichten müssen. Der 1949 durch den Zusammenschluss der Länder neu entstandene Staat erlangte seine Akzeptanz in der Bevölkerung gerade durch die gefüllten Ladenregale. Die Bundesrepublik hatte außerdem – nach innen und außen – alles zu vermeiden, was sie mit der NS-Diktatur in Beziehung brachte. Daraus erklärt sich jener Modernisierungsdruck, der die Bundesrepublik, zumindest bis in die 1970er Jahre, prägen sollte. Der Bundesstaat beziehungsweise die Bundesländer überließen zunächst – gerade weil sich der NS-Staat um die Verbrauchsgewohnheiten gekümmert hatte – den persönlichen Konsumstil weitgehend den Individuen. Die geringe Aktivität staatlicher Stellen war indirekt mit dafür verantwortlich, dass mit der „Fresswelle« auch der Konsum von Tabak und Alkohol zunahm.

Der Nationalsozialismus hatte noch in anderer Hinsicht einen indirekten Einfluss auf die Ernährung in der Bundesrepublik. Das NS-Regime hatte Elemente der Lebens- und Ernährungsreform zu politischen Zwecken aufgegriffen. Zudem waren viele Reformer überzeugte Nationalsozialisten gewesen. Dies stellte die Lebensreform unter den Generalverdacht rechten Gedankengutes: Nach 1945 sollte die Reformbewegung daher für die folgenden 30 Jahre stark an Bedeutung verlieren. Parallel zur Verwestlichung setzte sich ein gegen die Naturkost gerichtetes Konzept durch. Unter dessen Einfluss kommerzialisierte sich die Ernährung in Westdeutschland weiter. Herstellung, Verkauf und Werbung fokussierten sich nun auf großindustriell erzeugte Lebensmittel. Dies geschah in enger Anlehnung an jene Entwicklungen, die in den USA in der Zwischenkriegszeit stattgefunden hatten, und zu weiten Teilen durch das Engagement von US-Unternehmen auf dem westdeutschen Markt. Zudem förderte die Bundesregierung die Technisierung von Landwirtschaft und Industrie. Das Angebot erhöhte sich erheblich durch die Intensivierung des internationalen Handels und besonders durch die *Europäische Wirtschaftsgemeinschaft.*

Auch von den 1950er bis in die 1970er Jahre gab es stets Personen, welche die Traditionen der Ernährungsreform hochhielten. Sie hatten es jedoch aus vielerlei Gründen schwer, sich Gehör zu verschaffen. Die westdeutsche Bevölkerung ignorierte zumeist die Meinung der professionellen Warner. Außerdem hatte die Ernährungsreform nun einen politisch rechten Beigeschmack, viele Reformer hatten sich nur zu bereitwillig in den Dienst des NS-Staates gestellt. Allerdings eröffnete die Individualisierung der Nachkriegszeit zugleich Freiräume. Diese konnten die breite Masse und die Experten jeweils mit Blick auf Bewertung und Verbrauch von Lebens- und Genussmitteln nutzen. Für beides, Kontinuität und Ambivalenz, gab es unter den Ernährungswissenschaftlern ein herausragendes Beispiel: Werner Kollath (1892–1970) (dazu Melzer 2003: 282–289, 303–319). Er war in der NS-Zeit als Hochschullehrer an der Universität Rostock tätig gewesen. Seine grundlegenden Thesen zur gesunden Ernährung veröffentlichte er mitten im Zweiten Weltkrieg unter dem Titel *Die Ordnung unserer Nahrung* (Kollath 1942). Die Schrift gilt bis heute als Standardwerk der Ernährungslehre und wurde in immer neuen, teilweise stark überarbeiteten Auflagen herausgegeben. Das Werk von Kollath beruhte auf einer Tendenz, die sich in der Zwischenkriegszeit angedeutet hatte: Aus Schulmedizin und Naturheilkunde hatte sich als Synthese die Vollwertkost ent-

wickelt. Für sie standen Person und Werk von Kollath geradezu paradigmatisch.

Kollath hatte anfangs bakteriologische Studien betrieben und war dann zur Vitaminforschung gewechselt. Daraus entwickelte er seinen innovativen Schwerpunkt: Forschungen zu Zellstoffwechsel und Mangelkrankheiten, die von den empirisch bis dahin ungeprüften Lehren Bircher-Benners angeleitet wurden. Dabei erkannte Kollath die entscheidenden Fehler der Liebigschen Kalorienlehre. Sie hatte als Ernährungsempfehlung nur Kalorienzahl und Quantitäten von Eiweiß, Kohlenhydraten und Fetten angegeben. Die im 20. Jahrhundert entdeckten Vitamine und Spurenelemente waren unberücksichtigt geblieben. Kollath behob dieses Manko und präsentierte 1942 sein Ernährungskonzept, das die Behauptungen Bircher-Benners empirisch unterfütterte. In *Die Ordnung unserer Nahrung* machte er, wie schon in seinem Hygienelehrbuch von 1937, breite Zugeständnisse an Sprache und Ziele des NS-Staates (Kollath 1937a: 86; Kollath 1942).

Um das deutsche Individuum länger und die germanische »Rasse« dauerhaft zu erhalten, forderte Kollath die Rückkehr zur gesunden Kost. Es waren jene Zivilisationskrankheiten zu bekämpfen, welche die Eiweißlehre eher noch befördert hatte: Zahn- und Volkskrankheiten, mangelnde Fitness, Verstopfung, Infektionen und Therapien, die Symptome kurierten anstatt Ursachen zu bekämpfen. Die Ernährungslehre Kollaths hatte biologistische und völkische Wurzeln und präsentierte sich als pragmatische Synthese. Für Kollath waren Menschen Omnivoren. Generell sollte zwar mehr Pflanzen- denn Fleischkost verspeist werden, aber eine vegetarische Ernährung war an sich kein Vorteil. Wichtiger war laut Kollath der Vollwert der Lebensmittel, der nur über die Aufnahme von frischen, gering verarbeiteten Produkten zu sichern war. Frische Früchte und Gemüse galten als wichtig, waren aber nicht unbedingt immer ungekocht zu verspeisen. Mit frisch meinte Kollath einen niedrigen Grad der Denaturierung, ein Ziel, das wie gezeigt auch die *Neuere Ernährung* in den USA anstrebte. Kollath entwarf eine Skala besserer oder schlechterer Lebensmittel beziehungsweise Verarbeitungsformen. Die komplexen Zusammenhänge lassen sich am besten in Form einer Tabelle verdeutlichen, die sich im Anhang findet (vergleiche Tabelle VII).

So entstand eine umfangreiche Ernährungsempfehlung, die sich an der Frische als Grundprinzip einer idealen Normalkost ausrichtete. Menschen sollten natürliche oder nur mechanisch veränderte Produkte zu sich nehmen, wie Obst, Samen, pflanzliche Frischkost aus Zwiebeln, Knollen,

Wurzeln, Blättern, dazu Eier und Honig, und sie sollten nach Möglichkeit Milch und Quell- oder Mineralwasser trinken. Ein Ernährungsstil galt als unvorteilhaft, wenn er ganz auf erhitzte, konservierte oder präparierte Produkte setzte: ätherische Öle als Geschmacksverstärker, Kompositionen aus Eiweiß, Stärke, Kunstfetten, Zucker und pflanzlichen Fermenten sowie den Gebrauch von Kasein, Milchzucker und Fleischextrakt. Kaffee, Tee und insbesondere Schnäpse waren ganz zu vermeiden (Kollath 1942: 11).

Kollath engagierte sich bis zum Frühjahr 1945 für die Ziele des NS-Staates. Er wurde im August des Jahres wegen seiner Mitgliedschaft in der NSDAP als Universitätslehrer im Land Mecklenburg-Vorpommern entlassen. Er amtierte zunächst als Oberseuchenkommissar und Direktor des Landesgesundheitsamtes weiter. Ende 1945 stellte er einen Antrag auf Aufnahme in die KPD. Bis Anfang 1947 wurde er jedoch aus seinen Ämtern entfernt; er floh im März 1947 aus der sowjetischen Zone und war dann als Lebensmittelchemiker in der Keksfabrik Bahlsen in Hannover tätig. Typisch nationalsozialistische Sprachregelungen hatten die Erstauflage seines Hygienelehrbuchs geprägt. Sie wurden in der zweiten Auflage des ersten Bandes von 1947 in einen unverdächtigeren »völkischen« Kontext gebracht (Melzer 2003: 271). Ab 1948 nahm Kollath inhaltliche Veränderungen vor, verwendete neue Konzepte wie Vollwerternährung und vereinfachte seine Empfehlungen (Kollath 1937a; Kollath 1947–1948: Band 2, 134ff.). Erstmals enthielt ein Werk von Kollath Rezepte, so für den Frischbrei, eine Fortentwicklung des Bircher-Benner-Müeslis. Nach der Entnazifizierung im Jahre 1948 begann Kollath umfangreiche Studien, unter anderem in Stockholm, an der Universität München und zuletzt in Freiburg. Möglich wurde dies, weil er – inzwischen 59 Jahre alt – seit April 1951 in den Ruhestand versetzt worden war. Er erhielt nun die Bezüge eines Emeritus.

Überhaupt fällt ab 1948 eine Wendung Kollaths zu den praktischen Fragen der Alltagskost auf. Zur Verbesserung des Vollkornschrots machte Kollath mit dem Industriellen Fritz Lieken (1896–1961) die Wärmebehandlung marktreif. Zudem arbeitete er mit dem Leiter einer Reformhauskette, Franz Thiemann, zusammen. Beide sorgten für ein besseres Angebot in den Reformhäusern. Der Schwerpunkt seiner Tätigkeit nach dem Zweiten Weltkrieg war aber die Popularisierung der Vollwertkost. Er arbeitete deshalb am *Gesundheits-Brockhaus* von 1951 mit (*Der Gesundheits-Brockhaus* 1951). Kollath war bis zu seinem Tode 1970 als Kongressreisender und Verbandsfunktionär tätig, so für den *Weltbund zum Schutz des*

Lebens (WSL) und die *Internationale Gesellschaft für Nahrungs- und Vitalstoff-Forschung* (IVG). In dem Maße, wie in der Nachkriegszeit seine Popularität anstieg, ging sein Ansehen in der Fachwelt zurück, was aber nicht an seiner NS-Vergangenheit lag. Denn die Vollwertlehre wich in einem zentralen Punkt vom damaligen Forschungsstandard ab: Nach Kollath war nicht allein der Vitaminmangel die Ursache von Mangelkrankheiten. Sie bildeten sich vielmehr auch durch Störungen in der Balance der Kost. Ein hohes Ansehen genoss Kollath dagegen in der Natur- und Zahnheilkunde.

Wie kein zweiter Ernährungsforscher neben Kollath verkörperte Hans-Adalbert Schweigart (1900–1972) die prekäre Kontinuität vom NS-Staat in der frühen Bundesrepublik. Schweigart habilitierte 1937 über Ernährungsfragen. Ab Ende der 1930er Jahre stellte er Ernährungspläne für die Feldzüge der Wehrmacht auf, unter anderem für die Polargebiete und Afrika. Schon seit 1931 war Schweigart Mitglied der NSDAP; in der NS-Zeit bekannte er sich zur »Nahrungsfreiheit« des deutschen Volkes, zur »schollengebundenen« Ernährung und zum Bauerntum als »Bluterneuerungsquell« der Nation (Schweigart 1936: 14). 1946 erstellte Schweigart den ersten Ernährungsplan für die Bizone und war dann drei Jahre lang für die Niedersächsische Landwirtschaftskammer tätig. Zwischen 1949 und 1954 arbeitete er für die südafrikanische Regierung. Einen Lehrstuhl erhielt Schwaigert nach 1949 nicht mehr. Er gründete 1954 die IVG mit angegliedertem Forschungsinstitut, dem *Institut für Biochemie der Vitalstoffe und Ernährung.*

Die IVG versammelte lange vor der Karriere des Begriffs »Umweltschutz« die Elite jener, die sich für Umwelt, Ernährung und Gesundheit gleichermaßen interessierten. Von 1956 bis 1965 hatte Albert Schweitzer (1875–1965) das Amt des Ehrenpräsidenten inne; sein Nachfolger wurde Linus Pauling (1901–1994). Die IVG war ein skurriles Bündnis, das Naturmediziner, Reformhausbesitzer, Ernährungsforscher, Chemiker, Biologen und Physiker im Kampf für eine gesunde Kost und Umwelt vereinigte. Besonders makaber war, dass das *Institut für Biochemie der Vitalstoffe und Ernährung* 1957 seine *Versuchsstation Neuland* im Kräutergarten des ehemaligen Konzentrationslagers Dachau errichtete. Dort und seit 1965 in Hannover wurden umfangreiche Forschungen betrieben, um im Kampf gegen die Zivilisationskrankheiten voranzukommen. Gute Nahrung, reines Wasser und saubere Luft standen im Zentrum der Aktivitäten der IVG. Im Laufe der Jahre verabschiedete der Verein eine Fülle von Beschlüssen, deren Einsichten und Ziele heute erstaunen. 1955 forderte die IVG umfangreiche

Verbote, etwa von radioaktiven Substanzen als Konservierungsmitteln, von Antibiotika in der Tierzucht und von fast allen Chemikalien zur Behandlung von Getreide. Schon 1956 stellte die IVG zusätzliche ökologische Forderungen auf.

Die IVG hatte weitreichende Ziele. So sollten die Ursachen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Zahnprobleme und Allergien beseitigt werden. 1958 widmete der Verband seinen Essener Jahreskongress jenen Zivilisationskrankheiten, die sich auf Wandel der Ernährung und Störungen des Lebensrhythmus zurückführen ließen. Zudem rückte die IVG die Umweltfrage in den Mittelpunkt. Sie verlangte Maßnahmen gegen jene toxische Gesamtsituation, die sich durch die Präsenz von Chemikalien und deren unerforschte Wechselwirkungen ergab. In den 1950er und 1960er Jahren hatten solche Forderungen eine merkwürdige Ambivalenz. Diese verstärkt sich, wenn man bedenkt, dass die deutsche IVG seit 1960 intensiv mit der WSL zusammenarbeitete, eine Tarnorganisation von Altnazis (so Melzer 2003: 316ff.). Als Ende der 1960er Jahre auch auf die Bundesrepublik der Umweltschutz als neues Paradigma zurollte, verlor die IVG aber rasch an Bedeutung.

Noch zu Beginn der 1960er Jahre trat eine jüngere Generation von Reformern auf den Plan. Besonders Johann Georg Schnitzer (geboren 1930) stand bald im Licht der Öffentlichkeit. Er war zunächst als Zahnarzt tätig und kam über die Kariesprophylaxe zur Ernährungsfrage. Nach eigenen Aussagen erschrak er über die Notwendigkeit, häufig »drei- bis vierjährige Kinder [...] mit völlig heruntergefaultem Milchgebiss« behandeln zu müssen (Schnitzer 1973: 114). Hierfür war seines Erachtens der Wandel der Ernährung verantwortlich – durch erhöhten Verbrauch von Fleisch, Fett und Zucker, durch industrielle Verarbeitung der Lebensmittel und durch unzureichenden Verzehr von Milch, Gemüse und Obst. Schnitzer beschloss, im Umkreis seiner Praxis im südbadischen Mönchweiler aktiv zu werden. Er wurde vom Bürgermeister, dem Gemeinderat, Bäckern, Lebensmittelhändlern und Lehrern unterstützt. 1963 wurde die *Aktion Mönchweiler* ins Leben gerufen, die das Aufklärungsblatt *Gesunde Zähne für unsere Kinder* vertrieb. Empfohlen wurde der Verzicht auf Zucker und Weißmehl – Kinder sollten Süßes in Form von Früchten und Kohlenhydrate über Vollkornprodukte zu sich nehmen. Bundesweit bekannt wurden Schnitzer und die *Aktion Mönchweiler* durch den Widerstand der Zahnärztekammer Südbaden (Melzer 2003: 327ff.).

Während der NS-Zeit war eine Fülle von Organisationen entstanden, die sich mit der »Volksernährung« befassten. Sofern diese auf das Großdeutsche Reich ausgerichtet waren, gingen sie mit diesem unter oder wurden von den Alliierten aufgelöst. Die Ernährungsreform war durch ihre Verbindung mit NS-Staat und Kriegswirtschaft, durch die Auflösung des Zentralstaates und die staatliche Neustrukturierung nach 1945 institutionell geschwächt worden. In der frühen Bundesrepublik kam es daher zu Neugründungen, welche die Forschung voranbringen oder die gesunden Verhaltensweisen in der Bevölkerung fördern sollten: die *Interessengemeinschaft für Ernährung*, das *Berliner Komitee für Ernährungsfragen*, das *Deutsche Gesundheitsmuseum*, der *Deutsche Gesundheits-, Prüfungs- und Beratungsdienst*, die *Gemeinnützige Gesellschaft zur Verbreitung von Ernährungswissen* und die *Gesellschaft für Ernährungsbiologie*. Aus diesen Verbänden bildete sich die *Deutsche Gesellschaft für Ernährung* (DGE).

Ausgangspunkt war ein Symposion, das *die International Union of Nutritional Sciences* im Herbst 1952 in Basel veranstaltete. Dabei wurde gegenüber den deutschen Vertretern die Empfehlung ausgesprochen, eine zentrale Organisation für das Bundesgebiet zu schaffen. Daher wurde die *Interessengemeinschaft für Ernährung* im November 1953 in die DGE umgewandelt. Die Satzung bestimmte den Zweck des Vereins damit, »Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung durch Anleitung zu richtiger und vollwertiger Ernährung zu erhalten und zu steigern« (ebd.: 291). Die begriffliche Kontinuität zur NS-Zeit war ebenso frappant wie die personelle. Allerdings wurden nun die völkischen Ziele zumindest nicht mehr explizit angegeben: Die DGE befasste sich vorrangig mit Fragen der Alltagskost und Krankennahrung. Geleitet von Louis Grote und Heinrich Kraut als dem Sektionschef für allgemeine Ernährungsfragen fand im April 1954 in Mainz der erste wissenschaftliche Kongress der Gesellschaft statt. Seitdem gab sie die *Ernährungs-Umschau* als Verbandsorgan heraus.

Seit 1954 verteilte die DGE eine Schrift von Heinrich Kraut (Kraut 1952). Die Veröffentlichung gab für viele Jahre die Linie vor, welche die DGE in Forschung und Öffentlichkeitsarbeit einschlagen sollte. *Ernähren wir uns richtig?* hatte einen hauswirtschaftlichen Schwerpunkt und orientierte sich an den knappen Haushaltskassen der Nachkriegszeit. Die Schrift empfahl weder den Konsum der teuren Reformkost noch eine rein vegetarische Ernährung. Kraut setzte auf gesunde Mischkost aus tierischen und pflanzlichen Produkten. Die Alltagskost sollte Ballaststoffe, Eiweiß, Mineralien, Fett, Kohlenhydrate und Vitamine enthalten. Der Nahrungsbedarf

und dessen Zusammensetzung waren von Alter, Geschlecht und Arbeit abhängig. Nährwerttabellen lehnte Kraut ab, da der Körper selbst ein Gefühl dafür besäße, wie seine Kost aufgebaut sein müsse. Hinter dieser Formulierung verbargen sich erhebliche Zugeständnisse an den Geschmack der Bevölkerung.

Bei der Versorgung mit Eiweiß empfahl Kraut weder den teuersten Versorgungsweg, Rindfleisch, noch den preiswertesten, pflanzliches Eiweiß aus Linsen, sondern mit Milch einen Mittelweg. Überhaupt wären billige Produkte wie Margarine oder preiswerte Gerichte wie Pellkartoffeln mit Hering gesund und kostengünstig zugleich. Kraut warnte zwar vor dem Weißbrot, aber der Vorzug, den er Vollkornbrot oder Getreidebrei gab, war weder rigoros noch ideologisch. Gleiches kann man bei seinen Äußerungen über Obst und Gemüse feststellen. Beides wäre in der Erntezeit reichlich zu genießen, außerhalb dieser könnte man jedoch gut mit Sauerkraut und Kohlgemüse auskommen. Die Ratschläge von Kraut dokumentieren das nach 1950 aufkommende Bestreben der Ernährungswissenschaft, die Durchschnittskost ideologiefrei, preiswert, gesund und nach saisonalen Gesichtspunkten auszurichten. Anleitungen hatten zu berücksichtigen, was die Durchschnittsbürger bevorzugten, was sie sich leisten konnten und vor allem was verfügbar war.

Auffällig war, dass nicht mehr einzelne Produkte als vollwertig angesehen wurden; in der Alltagskost kam es vielmehr auf eine gesunde Mischung an. Dies beruhte auf einer einschneidenden Erkenntnis. Die negativen Folgen von Fehl- und Mangelernährung waren besser durch Studien abgesichert als die positiven Resultate von gesunder Kost. Der Schwerpunkt in der Prävention durch Ernährung verschob sich daher auf die Vermeidung ungesunder Verhaltensweisen. Diverse Artikel und Werbung in der Verbandsschrift zeigten aber zugleich die enge Verbindung, die zwischen DGE und Lebensreform weiterhin bestand. Inhaltlich wurde Naturheilverfahren, Vegetarismus, Rohkost, Vollwert, Heilfasten sowie den Lehren von Bircher-Benner und Kollath breiter Raum gegeben. Die Werbung in der *Ernährungs-Umschau* war auf Reformprodukte ausgerichtet: Marmeladen, Margarinen, Vollkornprodukte und Kindernahrung (Melzer 2003: 296).

Schon ab der Mitte der 1950er Jahre veränderte sich die Linie der DGE. Dies entsprach einem zeitgleich vielfach zu beobachtendem Wandel in der Gesellschaft der Bundesrepublik. Erstens richtete die DGE ihre Tätigkeit auf die Vollwertkost in den Großküchen aus. Sie begann, sich für Gaststätten, Krankenhäuser und Werkskantinen zu interessieren. Die Er-

nährung dort hatte schmackhaft und sättigend zu sein und fünf Forderungen zu erfüllen: Vielseitigkeit, Abwechslungsreichtum, Gemüse, Obst oder Salat zu den Hauptmahlzeiten, reiche Verwendung von Milch und günstige Relation zwischen Kosten und Nährwert (so Cremer/Schielke 1955: 88). Zweitens häuften sich in den Schriften des Verbandes und in dessen Tagespolitik die Widersprüche. Schon im zweiten Jahrgang der *Ernährungs-Umschau* wurden Produkte beworben, die dem Vollwertprinzip genau entgegenstanden: Pfanni-Knödel, Coca-Cola und Weißzucker. Auch die Rezepte, welche die DGE durch diverse Broschüren vertrieb, begannen, sich um 1955 auf Industrieprodukte auszurichten. Selbst der Verbrauch von Glutamat wurde empfohlen. Die DGE war zumindest in Teilen dem Anpassungsdruck der modernen, internationalen Industriekost erlegen.

Die ernährungspolitische Ausrichtung der DGE wurde daher ambivalent. Einerseits vertrat sie weiterhin die Vollwertkost. An diesem Schwerpunkt änderte sich zwischen den 1950er und 1990er Jahren sogar kaum etwas. Deutlich wird dies im »Ernährungskreis«, mit dem die Gesellschaft über viele Jahre hinweg ihre Empfehlungen veranschaulichte. Sieben Gruppen von Produkten sollten in optimaler Mischung verbraucht werden: Milchprodukte, Fleisch, Brot, Fisch und Eier, Kartoffeln und andere Feldfrüchte, Fett, gekochte Gemüse, frisches Obst und Gemüse. Selbst der Ernährungskreis wurde jedoch allmählich verändert. Auffällig war der hohe Verzehr von Fleisch und Wurst, den die DGE bis in die 1990er Jahre hinein in ihren Veröffentlichungen anpries. In Ratschlägen für die Ernährung Jugendlicher tauchten um 1970 Vollkornbrot und Frischkost auf, aber auch Pommes frites und Fertigprodukte (vergleiche DGE 1985). Allerdings wurden die Ratschläge der DGE seit den 1980er Jahren allmählich differenzierter. Sie setzte nun auf Vielseitigkeit, niedrigere Kalorienaufnahme, Wandel der Zufuhr von Eiweiß, Reduktion von Fett, Alkohol und Süßem und empfahl frische und Vollkornprodukte sowie angemessene Zubereitungsformen und sparsames Salzen (DGE 1970: 11ff.).

Andererseits verflochten sich seit den 1950er Jahren zunehmend die Interessen der DGE mit denen der Ernährungswirtschaft. Dies ging so weit, dass der damalige DGE-Präsident, Volker Pudel, 1993 für die *Fast-Food*-Kette *McDonald's* warb. Zwar gab es massive Kritik von außen; in der DGE selbst wurde jedoch nur wenig Widerstand gegen Pudel erkennbar. Mitte der 1990er Jahre galt die DGE in Fachkreisen im Wesentlichen als PR-Agentur der Industrie und ihr Präsidium als Spiegelbild der Misere in der Ernährungswissenschaft (Haug 1994: 16ff.). Damit kontrastierte eine

weitere Ambivalenz. Die DGE hatte seit 1968 regelmäßig im Auftrag der Bundesregierung über den Ernährungsstand der Bevölkerung berichtet. Seit 1976 verwies die DGE insofern immer wieder auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht, erhöhte Blutfettwerte und Diabetes als Folgen von Fehl- und Überernährung und zu viel Alkohol, Fett, Zucker und Salz.

Zwar war die frühe Bundesrepublik international nicht mehr so führend in organischer Chemie und Ernährungsforschung wie es das Deutsche Kaiserreich 50 Jahre zuvor gewesen war. Die Fachwissenschaft war gleichwohl auf hohem Standard und zu gesellschaftlicher Einflussnahme fähig. Als die negativen Resultate der „Fresswelle« immer offensichtlicher wurden, mobilisierten die Experten. Dies geschah in drei Richtungen: Es entstand seit den 1960er Jahren eine moderne Verbraucheraufklärung, die um die DGE zentriert war. Zudem verbesserte sich der Hauswirtschaftsunterricht. Schließlich kamen Ratgeber auf den Buchmarkt, die sich unmittelbar an die Verbraucher wandten. Diese Broschüren brachten den Zeitgeist treffend zum Ausdruck. Er war von einem tiefen Vertrauen in die damals geltenden Ernährungsregeln und in die zur Verfügung stehenden Produkte geprägt. Das goldene Zeitalter war, mit gut 30-jähriger Verspätung zu Amerika, auch in der Bundesrepublik angebrochen. Produktion und Verbrauch von Lebensmitteln waren über wissenschaftliche Erkenntnisse derart zu gestalten, dass Mensch und Gesellschaft diese nutzten. Um die Mitte der 1950er Jahre formierte sich so in Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit ein Modernisierungskonsens. Ein vorzügliches Beispiel für diese ex- oder implizite Verknüpfung von Demokratie, Expertokratie, Kommerz und gesunder Ernährung war eine Schrift des Ernährungswissenschaftlers Johannes Bohlmann (vergleiche Bohlmann 1954). Er veröffentlichte sein allgemeinverständliches Werk mit dem Rückenwind des Deutschen Bundestages. Ein Abgeordneter der Deutschen Partei, Karl Müller, gab im Vorwort sein Credo ab – das dann über viele Jahre immer wieder wiederholte Bekenntnis zur modernen, auf den Prinzipien der Wissenschaft beruhenden, rationalen Volksernährung:

»Daraus haben sich neue Erkenntnisse über den Wert und Unwert der verschiedenen Nahrungsmittel ergeben, die dazu geführt haben, dass breite Schichten unseres Volkes sich heute vernünftiger und durchdachter ernähren als noch vor 30 oder 40 Jahren. Diese Menschen haben erkannt, dass Gesundheit und Wohlbefinden, Schaffenskraft und -freudigkeit in weitestem Maße von der Art und Weise der täglichen Ernährung bedingt sind.« (Müller 1954: 3)

Auf den folgenden knapp 150 Seiten bietet Bohlmann einen Abriss der modernen Ernährungslehre (Bohlmann 1954: 7ff.). In der Mitte der 1950er Jahre ging man davon aus, dass Menschen Wirkstoffe und Nährstoffe zugleich benötigten, um gesund zu bleiben und ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten. Bei den Wirkstoffen handelte es sich um Enzyme, Hormone und Vitamine. Der Bedarf an Nährstoffen galt als abhängig von der Konstitution und der körperlichen Aktivität. Körperliche Anstrengungen erforderten höhere Zufuhr von Fetten und Kohlenhydraten, Eiweiß sei der Träger des Lebens überhaupt (ebd.: 18ff.). Entsprechend dem damaligen Standard vertrat Bohlmann die Mischkost aus tierischen und pflanzlichen Erzeugnissen. Schon aus praktischen Gründen sollten Lebensmittel gemischt werden, die jeweils höhere beziehungsweise niedrigere Mengen an Kalorien pro Gewicht oder Volumen enthielten. So grundversorgt, kämen Durchschnittspersonen bei Bürotätigkeit mit etwa 2.300 Kalorien am Tag aus, Hausfrauen benötigten 3.200 und Bergarbeiter 4.700. Neben den Nährwert hatte der Qualitätswert zu treten. Bohlmann empfahl in absteigender Wertigkeit für die Fettversorgung Butter, Olivenöl, Leinöl und Schweineschmalz; für die Eiweißversorgung war Milch am besten, dann folgten Fleisch, Eier und Fisch, Erbsen, Linsen und zuletzt Bohnen (ebd.: 55f.).

Bohlmann verwandte Analogien zwischen menschlicher Ernährung und einem Verbrennungsmotor. Dies war zeittypisch und sollte sich später als »Fahrzeug-Check« auf die gesundheitliche Vorsorge überhaupt ausweiten. Auffällig war, wie wenig normativ die Ernährungslehre geworden war. Verbraucher hatten nur auf eine gesunde Mischung von Nähr- und Wirkstoffen zu achten. Sie gewährleistete nicht nur das körperliche, sondern auch das seelische Wohlbefinden als wichtige Voraussetzung für Leistungsfähigkeit und Erfolg im Privaten und im Beruf (ebd.: 140). Ebenso wichtig war der Ausgleich durch Wandern oder Gartenarbeit für geistig Schaffende. Zu den wenigen expliziten Regeln gehörten der nur mäßige Genuss von Kaffee und Alkohol und die Einschränkung, nicht aber unbedingt der Verzicht auf das Rauchen. Tabak beziehungsweise Nikotin würden Frauen unfruchtbar machen und die Haut rascher altern lassen. Lungenkrebs, Herzleiden und Lungentuberkulose würden bei Rauchern häufiger auftreten. Noch wichtiger als derartige Regeln war jedoch, dass nochmals dezidiert vor Unterernährung, nicht aber vor Fettleibigkeit gewarnt wurde. Und schließlich wurden die Ratschläge, dies war äußerst zeittypisch, wieder relativiert: »wie schon Paracelsus sagt: ›Alle Dinge sind Gift, und nichts ist ohne Gift; allein die Dosis macht, dass ein Ding kein Gift ist‹« (ebd.: 142).

Damit waren die Grundlagen für eine neue Unbestimmtheit beziehungsweise Individualität in der Ernährungslehre formuliert. Sie wurden in den folgenden 20 Jahren immer wieder repetiert. Die *Einführung in die Ernährungslehre* von Ernst Kofrányi (1908–1989) ist dafür ein weiteres einflussreiches Beispiel (Kofrányi 1960; Kofrányi/Wirths 1994). Erstmals 1960 erschienen, erfuhr sie allein bis 1994 elf Auflagen. Kofrányi versuchte, die jeweils neuesten Fachkenntnisse in konkrete Empfehlungen umzuarbeiten. So sollte die moderne Wissenschaft zur Behebung der Ernährungsprobleme in der modernen Industriegesellschaft beitragen. Die aufmerksamen Leser(innen) konnten nicht nur einiges über die seit Liebig bekannten Grundbausteine der Kost erfahren, sondern auch ihre Kenntnisse über gesetzliche Regelungen, Küchentechnik und Vorratshaltung erweitern. Zudem gab Kofrányi detaillierte Anweisungen je nach Alter, Aktivität oder Gesundheit. Körperlich Arbeitende benötigten eine hohe Kalorienzufuhr, um die geforderte dynamische Muskelarbeit erbringen zu können. Der geistig Tätige benötigte eine andere Kost: »Er muss also eine kalorienarme, aber eiweiß- und vitaminreiche Kost wählen. Das heißt: wenig Süßigkeiten, wenig Fett, nicht zu viel Brot, Klöße, Nudeln, dafür aber Milch, mageres Fleisch, Fisch, Gemüse und Obst« (Kofrányi 1960: 202). Von einer Ernährung nach den Regeln der Lebensreform, des Vegetarismus und der zahlreichen Wunderdiäten riet Kofrányi dagegen ab. Natürlich wäre keineswegs gleich gesund und generell wäre Skepsis gegenüber Heilsversprechen angebracht (ebd.: 210f.).

Die Lehren von Kofrányi sind nur ein Beispiel für jene (populär-)wissenschaftliche Literatur, die sich in den 1960er Jahren ausbreitete. Typische Ratgeber jener Jahre verwendeten Schlagworte wie die einer Ernährung entsprechend den Anforderungen der modernen Industrie- beziehungsweise Wohlstandsgesellschaft (Kühnau 1968). Sie enthielten Tipps zur Alltagskost oder befassten sich mit speziellen Fragen: Ernährung für Junge, Alte, Sportler, Autofahrer, Kranke, Fehl- und Mangelernährte (so Lang 1965). Einzelne Publikationen erörterten die Kost in Krisenzeiten, etwa bei Heer, Luftwaffe, Marine oder selbst bei radioaktiven Fallouts (so Heilmeyer/Holtmeier 1968: 170–216). Dieser Spezialisierung wurde eine höhere Priorität beigemessen als der Befassung mit jenen für die moderne Ernährung so kritischen Ergebnissen, welche die zeitgenössische US-Forschung erbrachte. Daran sollte sich Wesentliches erst seit der Mitte der 1970er Jahre ändern. Damals wurde der Glaube, die industrielle Massenkost sei gesund , nach kaum 20 Jahren wieder tief erschüttert.

11. Transatlantische Party: Alkohol und Rauchen in der Nachkriegszeit

Die berüchtigte „Fresswelle« war, um im Bild zu bleiben, zugleich von Tabakqualm und Alkoholdunst begleitet. Zwischen 1950 und 1960 erhöhten sich Bier- und Zigarettenverbrauch pro Kopf der Wohnbevölkerung in Westdeutschland um jeweils über 300 Prozent (Winkel 1987: 34). Vielleicht passt dazu, dass zeitgleich die Partykultur nach Deutschland übergriff. Die Festkultur hatte im privaten Bereich bis dahin familiäre oder religiöse Anlässe gekannt. Nun fanden zusätzlich eher formlose Feiern im Freundes- oder Bekanntenkreis statt. Sie sollten später die traditionellen Festlichkeiten zum Teil ersetzen beziehungsweise in der Form beeinflussen. Zwar gehörten zur Party nicht nur die üblichen Trinkgelage, sondern eine Fülle von Neuerungen. Zu nennen sind Bowle, Cocktails, salzige Knabbereien, Partyglas, Partymöbel und Partykeller. Aber die Partys erklärten nur partiell den nach 1948 rapide ansteigenden Verbrauch von Alkohol und Tabak: Er war, neben dem schon beschriebenen Nachholbedarf, ein Teil der langfristigen Trends zur Veränderung von Gesundheit und Konsum im Rahmen einer nun modernen Massenkonsumgesellschaft. Diese war durch eine paradox erscheinende Mischung von individuellen Konsumpräferenzen mit dem Einfluss, von Großhandel und -industrie, Werbewirtschaft und Regierungen bestimmt. Ein wichtiger Faktor war dabei, dass sich die Regierungen in den USA seit den 1930er und in der Bundesrepublik seit den 1950er Jahren allmählich nicht nur aus der klassischen Moral-, sondern selbst aus der (präventiven) Gesundheitspolitik weitgehend zurückzogen.

In Deutschland hatten es die Kämpfer gegen den Alkohol nie leicht gehabt. Im Vormärz hatte es zwar eine Bewegung gegen den Branntwein gegeben. Sie war jedoch hauptsächlich von den Obrigkeiten getragen worden und brach in der Märzrevolution wieder zusammen, als sich die Bevölkerung politisierte. Seit 1880 hatten die Temperenzler wieder mobil gemacht und den Umstieg von Hochprozentigem vor allem auf Bier und Wein propagiert. Eine um 1900 einsetzende Welle gesellschaftlicher Organisation

gegen den Alkohol verschob dann das Gewicht von der Mäßigung zur Enthaltsamkeit (Tappe 1994: 133ff.). Damit gingen neue Sichtweisen einher: (Pseudo)-wissenschaftliche Erkenntnisse und gesundheitliche Bedenken wurden bestimmend, aber auch populäre Denkmodelle im Rahmen eines sich verschärfenden Nationalismus. Die Alkoholfrage geriet unter den Einfluss von Vorstellungen über die menschliche Gesundheit, die rassistisch, eugenisch oder völkisch geprägt waren. Alkohol galt inzwischen als Gesundheitsgefahr, da er das »Keimplasma« schädigte. Da die meisten Rassentheoretiker des frühen 20. Jahrhunderts lamarckistisch dachten, fürchteten sie, dass Alkohol über die Vergiftung der individuellen Erbsubstanz zur Degeneration der »deutschen Rasse« überhaupt führte.

Dies wurde zusätzlich durch militärische und nationale Beweggründe angestachelt. Alkohol galt als schädlich, weil er die Wehrkraft schwächte und das Volksvermögen verschleuderte. Von 1900 bis 1940 hatten so zahlreiche Motive die Alkoholpolitik forciert: Ein breites Spektrum von Argumenten, von der Sozial- und Lebensreform bis zur Rassenhygiene, sprach nicht nur für Temperenz, sondern für Abstinenz. Dabei löste sich die Debatte aus ihrem bis dahin vorwiegend moralischen Kontext. Alkoholismus wurde als erworbene oder erbliche Krankheit angesehen, die nicht durch Moralpredigten oder Haftstrafen zu kurieren war. Eine Heilung war, wenn überhaupt, nur in speziellen Kliniken möglich. Das Vorgehen gegen Alkoholkranke erreichte mit dem Ausbruch des Zweiten Weltkrieges unmenschliche Formen, denn hospitalisierte Alkoholiker gerieten nun in das Visier der nationalsozialistischen »*Ausmerze*«. Dennoch gelangen den Nazis keine signifikanten Erfolge gegen den Massenkonsum von Alkohol.

Was nach dem Zweiten Weltkrieg zu rekonstruieren war, war zunächst die Arbeit der Trinkerfürsorge und -heilanstalten. Sie waren schon ab 1905 durch Kooperation von Abstinenzlern, Temperenzlern und Armenverwaltungen entstanden. Die Fürsorgestellen vereinten eine Fülle von Aufgaben, vorrangig dienten sie Alkoholkranken und Polizei als Anlaufstellen. Alkoholiker oder von der Alkoholkrankheit Bedrohte konnten Hilfen und Informationen erhalten und wurden über mögliche Therapien unterrichtet. Die Beratung der Familienangehörigen umfasste auch Fragen von Entmündigung oder Zwangseinweisung in Heilanstalten. Mit den Heilanstalten und Fürsorgestellen hatte sich schon vor 1914 eine Medikalisierung des Alkoholproblems angedeutet. Nach dem Zweiten Weltkrieg setzte sich diese dann in Westdeutschland – wie in allen alkoholpermissiven Gesellschaften – durch. Damit verbunden waren die beiden Pole des Alkohol-

konsums: gesellschaftlich akzeptierter, gemäßigter Verbrauch auf der einen und krankhafter Missbrauch auf der anderen Seite (Tappe 1987: 235).

In den USA waren es seit dem frühen 19. Jahrhundert weniger die Alkoholgegner als die -konsumenten gewesen, die allmählich in die Defensive gedrängt wurden. Mit der Aufhebung der Prohibition 1933 brachen dann keineswegs schlagartig alle Dämme. Das Ende des *Volstead Acts* leitete nur den Rückzug des Bundes aus der Alkoholkontrolle ein. Die *Prohibition Unit* wurde aufgelöst; die neue *Federal Alcohol Control Administration* überließ Regulierungen, wenn immer möglich, den Bundesstaaten. Sie schufen nach 1933 Behörden, die den Handel und Umgang mit Alkohol überwachten. Die Ansätze zur Regulierung unterschieden sich jedoch von Staat zu Staat erheblich. Die meisten Staaten erlaubten, dass Bier (und in der Regel Wein) wieder in normalen Geschäften verkauft und in Kneipen und Restaurants ausgeschenkt wurde; zugleich wurden Staatsmonopole für den Verkauf von Schnaps eingeführt. North Carolina verbot den Verkauf von Spirituosen in Restaurants, Utah generell die Abgabe von Schnaps zu Trinkzwecken. Im *Bible Belt* wurde der Einzelhandel mit Alkohol oft ganz auf konzessionierte Spezialgeschäfte beschränkt. Manche Staaten und Gemeinden versuchten, eine »trockene« Politik fortzuführen. Zwar ging ihre Anzahl nach 1940 deutlich zurück; zum Beispiel in Oklahoma galt aber noch bis 1959 ein Verbot für Getränke, die mehr als 3,2 Prozent Alkohol enthielten. Selbst um 1980 gab es viele »trockene« Gemeinden, sogar in traditionell liberalen Staaten wie New Jersey (so Lender/Martin 1982: 181).

Allerdings scheiterten nach 1933 alle Versuche kläglich, die Prohibition wieder einzuführen. Organisationen wie die *Anti-Saloon-League* oder die WCTU verloren in den 1930er Jahren Hunderttausende von Mitgliedern und die Fähigkeit, Kampagnen durchzuführen. Die Dominanz der WASPs (*White Anglo-Saxon Protestant*), die eigentlich treibende Kraft hinter der Abstinenzbewegung, war einem neuen Pluralismus des *New Deal* gewichen. Über drei Jahrzehnte hinweg, im Grunde bis in die späten 1960er Jahre, bestimmten die Demokraten über ein Bündnis von Minderheiten, Stadtbewohnern, Intellektuellen, Sozialreformern und Arbeiterbewegung das Meinungsklima der USA.

Alkohol konnte daher wieder zu einem Faktor außerhalb der Schattenwirtschaft werden (Burnham 1993: 64ff.). Während der Großen Depression war jede Wachstumsbranche willkommen. Tatsächlich expandierten die Brauereien und Brennereien nach 1933 erheblich. Seitdem stiegen die Steuereinnahmen kräftig an, die Bund, Einzelstaaten und Gemeinden mit

den Abgaben auf Spirituosen, Wein und Bier erzielten. Die öffentliche Hand schöpfte so einen Teil jener Gewinne ab, die bisher in dunkle Kanäle geflossen waren. Diese Einnahmen ermöglichten die Reduktion der Steuern auf Kapital- und Aktienbesitz und der Benzinsteuer. Ein Nachteil war, dass der Bundesstaat fiskalisch über die Alkoholsteuer mittelbar vom Verbrauch abhängig wurde. Die Alkohol- wurde nach der Einkommenssteuer zur größten Einnahmequelle der Bundesregierung überhaupt. Hinzu kam die Rolle für den Arbeitsmarkt: In der zehn Jahre währenden Depression gehörten die Bierbrauereien und Spirituosenbrennereien zu den wenigen sicheren Arbeitgebern für Hunderttausende. Brauer, Brenner und Winzer hatten zudem durch die Prohibition ihre Lektion gelernt. Die Werbung für Alkohol kam nun seriös daher. Sie zeigte den Konsum als Teil eines an Geschmack und Genuss orientierten individuellen Lebensstils; jede Assoziation mit Übermaß oder gar Vollrausch wurde strikt vermieden. Selbst die Organisation der Brenner (*Distilled Spirits Council of the United States*, DISCUS) propagierte nun öffentlich den vorsichtigen Umgang mit Schnaps.

Dies alles darf nicht zum Schluss verleiten, in den USA hätte sich der Alkoholkonsum nach Ende der Prohibition rasch erhöht. Das Gegenteil war der Fall: Bis in die 1950er Jahre hielt die hohe Besteuerung Manchen vom Trinken ab (Meier 1994: 155–165). Aus religiösen, gesundheitlichen und weltanschaulichen Gründen oder weil der Schulunterricht aus den Verbotsjahren nachwirkte, verzichteten bis 1980 rund ein Viertel bis ein Drittel aller erwachsenen Amerikaner ganz auf berauschende Getränke. Auch der Alkoholabsatz pro Person stagnierte nach den Gesetzesänderungen von 1933. Er erreichte erst in der zweiten Hälfte der 1960er Jahre wieder das Niveau der Jahre vor 1914. Erst seit den 1970er Jahren gehörten die USA wieder zur internationalen Spitzengruppe, was den Pro-Kopf-Verbrauch betraf. Wahrscheinlich lag dies an den geänderten Trinkpräferenzen. Im Jahre 1934 hatten die US-Bürger (berechnet nach dem Alkoholgehalt der Getränke) ihren Durst zu 62 Prozent durch Bier, zu 29 Prozent durch Spirituosen und zu sieben Prozent durch Wein gestillt. Mitte der 1970er Jahre hatte sich dieses Verhältnis auf 47 (Bier), 41 (Spirituosen) und zwölf (Wein) umgestellt. Der Trend ging insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg zu Spirituosen. Seit den 1970er Jahren lagen die Amerikaner hier im internationalen Vergleich an dritter Stelle (vergleiche Lender/Martin 1982: 196f.).

Allerdings passten sich durch die schon angedeutete Individualisierung des Konsums auch die Trinkmuster den persönlichen Vorlieben an (Burnham 1993: 70ff.). Nach 1933 trank besonders die Mittel- und Oberschicht nun fleißig mit; sie leistete sich teure Spirituosen und Weine. Diese Individualisierung wurde allerdings durch religiöse und ethnische Faktoren eingegrenzt. Alkoholkonsum korrelierte noch 1969 mit ethnischer Abstammung und Konfession. Unter den amerikanischen Iren zum Beispiel befanden sich im selben Jahr relativ die meisten Nicht-Abstinenten (zu 93 Prozent) beziehungsweise starken Trinker (zu 31 Prozent). Deutlich war die Korrelation zwischen Religionszugehörigkeit und Alkoholverbrauch: Unter konservativen Protestanten, etwa Methodisten und Baptisten, gab es 48 Prozent Abstinente, unter liberalen Evangelischen (etwa Lutheraner und Presbyterianer) ungefähr 20, nur 17 Prozent dagegen unter den Katholiken und acht Prozent unter den Juden. In allen diesen Gruppen tranken Männer häufiger als Frauen; Männer waren auch viel öfter schwere Trinker beziehungsweise Alkoholiker. Eine Ausnahme waren Frauen afrikanischer Herkunft. Übermäßiger Konsum war am häufigsten bei beiden Geschlechtern im Alter zwischen 29 und 45 Jahren. Es bildete sich nach dem Ende der Prohibition kein national einheitliches Trinkverhalten heraus. Trinken wurde zu einer ambivalent bewerteten Handlung; ihm wurden bei Befragungen sowohl positive wie negative Eigenschaften zugeschrieben. Nach dem *Noble Experiment* (der Prohibition) hatte sich die oft eindeutige Wendung gegen den Alkohol in Ambivalenz, vielleicht sogar in Pluralismus von Meinungen und Lebensstilen aufgelöst.

Nach Aufhebung der Prohibition vernachlässigten die Behörden Prävention und Behandlung. Abhängige landeten bei Straftaten oft einfach im Gefängnis, ohne dass ihnen medizinisch und psychologisch beigestanden wurde. In der Tat zeigte sich nach dem Zweiten Weltkrieg ein Anwachsen der Alkoholkrankheit. Um 1978 galten rund zehn Millionen US-Bürger als extrem suchtgefährdet und etwa fünf Millionen als alkoholkrank. Ein Report des *U.S. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAA) prognostizierte damals die Zunahme minderjähriger Problemtrinker. 1975 war die durch Alkoholismus verursachte Leberzirrhose wieder zur sechsthäufigsten Todesursache in den USA geworden. Sie forderte jährlich über 200.000 Opfer. Der NIIAA-Report gab Gesundheitskosten von 43 Milliarden Dollar pro Jahr durch Alkohol an, davon 13 wegen medizinischer Behandlung, 20 durch Produktionsausfälle, fünf durch Verkehrsunfälle

und drei durch Gewaltverbrechen (U.S. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 1978: 78).

Wichtiger als die staatliche Intervention wurden nach 1933 Massenbewegungen wie die *Alcoholics Anonymous* (AA). Die Bewegung entstand aus einer Begegnung zwischen William Wilson (1895–1971), einem Makler, und Robert Smith (1879–1950), einem niedergelassenen Mediziner, im Jahre 1935 in Akron, Ohio. Die beiden Männer sprachen sich über ihre Alkoholprobleme aus. Sie kamen zum Schluss, dass Alkoholkranke allein kaum einen Ausweg aus ihrem Leiden finden konnten, und versprachen sich gegenseitige Hilfe. Bill W. und Dr. Bob, so ihre Alias, wurden zu den Initiatoren einer Bewegung, die ganz auf die Selbsthilfe der Betroffenen setzte. Alle, die sich ernsthaft um einen Ausstieg aus der Sucht und um Hilfe für Leidensgenossen bemühten, konnten bei AA mitmachen. Wilson kodifizierte das Vorgehen in insgesamt zwölf Schritten. Zuerst hatten die Betroffenen einzugestehen, dass sie die Kontrolle über ihren Alkoholverbrauch verloren hatten und ihr Leben nicht mehr frei gestalten konnten. In den folgenden zehn Schritten mussten die Hilfesuchenden eine spirituelle Wiedergeburt anstreben, die schließlich mit der Hilfe Gottes, ihrer selbst oder anderer Menschen zur Erlösung führen sollte. Als zwölften Schritt hatte sich der Geheilte anderen alkoholkranken Personen zuzuwenden und die Prinzipien seines suchtfreien Lebens weiter zu verbreiten. Schlüssel zum Erfolg der AA war die Anonymität in den Versammlungen (Rotskoff 2002: 105–148).

Die AA waren in den USA daher eine echte Massenbewegung. Um 1979 hatten sie rund eine halbe Million Mitglieder inklusive zweier Untergruppierungen: Al-Anon für die Familien Süchtiger und Al-Teen für Jugendliche. Der Erfolg der AA erklärte sich vielleicht aus der konsequenten Beibehaltung zweier Prinzipien: Es gab keine Verbandsbürokratie und AA enthielten sich der Einmischung in politische Debatten über die Suchtpolitik. Hinzu kamen die Heilerfolge der Gruppen: Sie basierten auf tiefen Bewusstseins- und Verhaltensänderungen, auf psychologischer und sozialer Unterstützung der Betroffenen und auf einem erweiterten Verständnis der Alkoholkrankheit. Die AA betrieben – ohne psychologische Fachkräfte – eine effektive Form der Gruppentherapie. Allerdings lassen sich einige Elemente durchaus kritisieren – so die Fokussierung auf Totalabstinenz, die weiße Mittelschicht der USA und ihre religiöse Orientierung.

Seit den 1930er Jahren verbesserte sich die Forschungslage zur Alkoholkrankheit. 1938 erfolgte die Gründung des *Research Council on Problems of*

Alcohol durch Wissenschaftler verschiedenster Disziplinen. Der Forschungsrat bestand zwar nur kurze Zeit, beeinflusste aber entscheidend die künftigen Studien am *University Center of Alcohol Studies* in Yale. Der Direktor, Yandell Henderson, hatte zu den Begründern des *Research Council* gehört. Ab 1940 wurden umfassende Studien, unter Beteiligung von Psychologen, Medizinern, Soziologen, Rechts- und Erziehungswissenschaftlern, durchgeführt. Angeschlossen war die *Yale Plan Clinics*, an der versucht wurde, die neuen Einsichten praktisch umzusetzen. Eine Zeitschrift, das *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, und eine jährliche *Summer School of Alcohol Studies* schufen Foren für einen Paradigmenwechsel – Alkoholismus beruhe nicht auf moralischer Schwäche, sondern sei eine körperliche und psychische Krankheit. Ein einflussreicher Vertreter dieser Theorie war Elvin Morton Jellinek (1890–1963). Durch seine Forschungen hatte er den Weg in den Alkoholismus als Krankheitsgeschehen erklärt – von der anfangs psychischen zur körperlichen Abhängigkeit einschließlich des damit einhergehenden Kontrollverlustes. Die Forschungsresultate Jellineks waren für die USA wie international von kaum zu überschätzender Bedeutung. Alkoholismus wurde endlich als Krankheit anerkannt, gegen die Psychologie und Medizin therapeutisch einschreiten konnten (Jellinek 1960).

Um die Mitte der 1950er Jahre schwenkte auch die einflussreiche AMA auf die neue Linie ein. Sie adaptierte das Krankheitskonzept so, wie es Jellinek formuliert hatte. Die US-Unternehmen reagierten ebenso: 1943 schuf als erster der Konzern Du Pont ein Programm zur Rehabilitation für Beschäftigte mit Alkoholproblemen. Diesem Vorbild folgten bis zum Ende der 1970er Jahre über 2.000 weitere amerikanische Unternehmen. Seit 1944 war die Bundesregierung über den *U.S. Public Health Service* am Kampf gegen den Alkoholismus beteiligt. Im Revisionsverfahren (Driver v. Hinnant und Easter v. District of Columbia) hatte sich vor Gericht im Jahre 1966 erstmals die neue medizinische Einschätzung durchgesetzt. Dieser Auffassung folgte zwei Jahre später auch der *U.S. Supreme Court.* Im Jahre 1970 erfolgten weitere institutionelle Veränderungen: Durch den *Comprehensive Alcohol Abuse and Alcoholism Prevention, Treatment, and Rehabilitation Act* schuf der US-Kongress das *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAA) (U.S. Congress, Senate, Committee on Labor and Public Welfare 1970). Es förderte Behandlung, Forschung, Ausbildung und öffentliche Unterrichtung in einem Ausmaß, wie dies keine Behörde seit 1933 mehr getan hatte. Damit deutete sich eine neuartige Auffassung zum Alkoholkonsum an.

Mit zur transatlantischen Party gehörte nach dem Zweiten Weltkrieg eine massive Ausweitung des Rauchens, genauer, des Zigarettenkonsums. Dies hatte ebenfalls eine längere Vorgeschichte, im Rahmen derer sich die Verhaltensweisen in Mitteleuropa und Nordamerika allmählich anglichen. Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts hatten sich die gesellschaftlichen Reaktionen auf den Tabakverbrauch deutlich unterschieden. In den deutschen Staaten blieb das Rauchen, nicht jedoch im selben Ausmaß das Schnupfen oder Kauen von Tabak, bis 1848 obrigkeitlicher Reglementierung unterworfen. Die Regierungen sahen besonders in der Zigarre ein Symbol bürgerlicher Subversion. Für die Opposition waren öffentliche Rauchverbote daher Symbole des Obrigkeitsstaates. Was in England, Frankreich, Holland oder den USA schon längst erlaubt war, das Rauchen von Zigarren in der Öffentlichkeit, sollte auch im Deutschen Bund gestattet werden. Provokantes Rauchen auf Plätzen und Straßen war ein wichtiges Zeichen der Auflehnung im gesamten Vormärz. Erst die Revolution von 1848 setzte dann fast überall in Deutschland die »Rauchfreiheit« durch (Menninger 2004: 304ff.).

Damit wurde der Kampf gegen das Rauchen für beinahe 100 Jahre unterbrochen: Im Rahmen der gesamten Debatten um die gesunde Ernährung blieb der Tabak nahezu marginal. Erst in den 1950er Jahren entfaltete sich, die NS-Zeit einmal ausgenommen, eine neuartige, breite und dann internationale Kontroverse um die Schädlichkeit des Rauchens. Bis dahin sorgten die Einschätzung von Zigaretten und Zigarren als Genussmittel, bürgerlicher Lebensstil und staatliche Fiskalpolitik für weitgehende Ruhe unter den Dunstwolken. Überhaupt war das Rauchen erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts zu einer wirklichen Massenerscheinung geworden. Dies hing mit drei Faktoren zusammen: mit der Mechanisierung der Zigarettenherstellung, der verstärkten Tabakwerbung und der staatlichen Förderung des Konsums, von dem man sich eine Steigerung der Steuereinnahmen erhoffte. Die Expansion des Tabakgenusses begann auch in Deutschland im Grunde erst mit der Zigarette.

Zigaretten bestanden aus Tabakkrümeln, die in Papier gewickelt wurden, ursprünglich eine Methode, um die Abfälle aus der Zigarrenproduktion zu nutzen. Anfang des 19. Jahrhunderts wurden sie in Frankreich bekannt, wo sie auch ihren Namen bekamen, Zigarette, also kleine Zigarre. Durchzusetzen begann sich die Zigarette seit dem Krimkrieg. Soldaten aus Frankreich, Italien und Großbritannien lernten damals die Sitte ihrer türkischen Bündnispartner oder russischen Kontrahenten schätzen, die dort

verfügbaren leichteren Tabake in Zeitungspapier eingewickelt zu rauchen. Französische und englische Offiziere übernahmen die vornehmere Sitte, in Spezialpapier gedrehte Zigaretten zu konsumieren. Sie führten die Glimmstängel nach der Rückkehr aus dem Krieg in die Clubs ihrer Heimatländer ein. Nach dem Krimkrieg entstand so ein neues Luxussegment, das zunächst aus dem Russischen oder Osmanischen Reich mit Zigaretten bedient wurde. Angeblich produzierte Russland schon in den 1870er Jahren jährlich zwei Milliarden Stück, davon viele für den Export (Hess 1987: 39f.).

Die erste Zigarettenfabrik in Deutschland entstand 1862 in Dresden als Zweigniederlassung der Petersburger Firma Laferme. Russen, Griechen und schließlich Deutsche gründeten in den folgenden Jahren Produktionsstätten, die allerdings oft die (dunklen) Tabake aus heimischer Herstellung verarbeiteten. Deutsche Zigaretten waren schwerer und nicht so leicht zu inhalieren wie die hochwertigen Erzeugnisse aus Russland, dem Orient oder den USA. Erst die amerikanische Filterzigarette gewährleistete daher nach dem Zweiten Weltkrieg endgültig den Einstieg in den Massenverbrauch. Immerhin, die Herstellung von Zigaretten erhöhte sich im Deutschen Kaiserreich zwischen 1888 und 1912 von 600 Millionen auf 11,5 Milliarden Stück im Jahr. Große Mengen wurden aus Russland und dem Osmanischen Reich beziehungsweise Ägypten importiert. Um die teuren Importe entfaltete sich eine Luxuskultur: Etuis waren in Silber oder Gold gefertigt und mit Emaille oder Edelsteinen verziert; Zigarettenspitzen konnten ganz aus Elfenbein bestehen. Über die Zigarette etablierte sich zudem das Rauchen unter Frauen. Dabei spielte der Feminismus einer George Sand allerdings nur eine geringe Rolle, denn es waren vor allem die Damen aus dem russischen Hochadel, die den weiblichen Konsum voranbrachten: Sie rauchten in Baden-Baden, Paris oder Sankt Moritz bei Kuren, Opernbesuchen oder am Spieltisch. Damit war ein wirkungsmächtiges Vorbild durch die internationale High Society gegeben, das alle Stereotype vom Schaden des Rauchens für Frauen allgemein und insbesondere während der Schwangerschaft konterkarierte (ebd.: 40-58).

In Nordamerika war die Geschichte des Rauchens bis zum Einsetzen der Zigarettenwelle längst nicht derart polarisiert gewesen. Wahrscheinlich lag dies daran, dass Tabak am Beginn der Erfolgsgeschichte der englischen Kolonien gestanden hatte. Zwar galt der Tabak im 18. und frühen 19. Jahrhundert auch vielen Nordamerikanern als lasterhaft (Burnham 1993: 86ff.). Rauch- sowie Kautabak wurden in streng religiösen Kreisen mit

dem sündhaften Alkoholgenuss in Verbindung gebracht. Faktische Rauchverbote gab es jedoch bis zur Amerikanischen Revolution nur selten. Denn für die Mehrheit der Amerikaner war Tabakverbrauch ehrenhaft, zumindest wenn er den Männern vorbehalten blieb. Einwände gab es immerhin gegen den Tabakgenuss von Jugendlichen oder (schwangeren) Frauen. Der Tabak galt ansonsten sogar eher als Symbol des zivilisatorischen Fortschritts.

Vielleicht lag das Fehlen der Rauchverbote auch daran, dass Tabak in den USA im 19. Jahrhundert überwiegend als Kautabak genossen wurde. Bis etwa 1800 war der Genuss durch die soziale Stellung beeinflusst: Die Oberschicht schnupfte, und die Unterschicht rauchte Pfeifen. Ab der Wende zum 19. Jahrhundert änderte sich dies, und vorrangig unter den Frauen ging der Verbrauch deutlich zurück. Der Kautabak drang als bedeutendste Genussform vor; er verdrängte bis 1890 das Pfeiferauchen weitgehend und das Schnupfen fast vollständig. Gegen diesen Trend setzte sich das Rauchen erst wieder in einem Adaptionsprozess durch, der durch Konsummoden aus Europa beeinflusst wurde. Zigarren- und schließlich Zigarettenrauchen wurde in den USA, dem Land des Tabaks schlechthin, als europäische Neuerungen übernommen. Dieser Wandel dauerte aber über 100 Jahre: Nicht vor 1908 wurde Rauchtabak insgesamt statistisch wieder bedeutsamer als Kautabak (Gottsegen 1940: 2ff.).

Ein Massenphänomen wurde das Rauchen ohnehin erst nach 1880, als die Zigarette vordrang. Dabei erfolgte eine für die USA zeitgenössisch sehr typische Entwicklung: Auf dem amerikanischen Markt verwandelten sich aus Europa stammende Luxus- in Massenprodukte. Ein Faktor dafür war die weitere Miniaturisierung der rauchbaren Tabakwaren. Als Übergangslösungen waren in den 1870er Jahren noch kleinere Zigarren beziehungsweise längere Zigaretten angeboten worden, besonders im Sommer. Weitere Faktoren förderten seit den 1880er Jahren dann die Zigarette: Die *Bonsack-Zigarettenmaschine* industrialisierte die Herstellung, und die Besteuerung wurden drastisch reduziert. Hinzu kamen leichtere und besser brennbare Tabaksorten. Dadurch erhöhten sich die Verkaufszahlen enorm, besonders nach der Jahrhundertwende. Die Produktion vervielfachte sich in nur 60 Jahren zwischen 1889 und 1949 von jährlich zwei auf 400 Milliarden Stück (Tennant 1950: 3–25).

Die Zigarette hatte sich in den USA bis zum Ersten Weltkrieg hauptsächlich gegen moralisch begründete Kritik zu behaupten. Schatten auf sie warf zunächst die Werbung. Sie war ab den 1880er Jahren parallel zum

Verbrauch expandiert – die Vorbehalte galten gar nicht den Zigaretten selbst, sondern den in den Packungen enthaltenen Sammelbildern. Sie zeigten oftmals angebliche Schauspielerinnen in aufreizenden Positionen beziehungsweise Kostümen. Besonders gefürchtet war der Einfluss der lasziven Abbildungen auf die jungen Raucher. Dies verband sich mit einem vermeintlichen Jugendproblem. Denn zeitgleich avancierte der Zigaretten rauchende Jugendliche zu einem Symbol für Rowdys und Kleinkriminelle aus der städtischen Unterschicht. Seit etwa 1890 häuften sich einzelstaatliche oder kommunale Regelungen, die das Zigarettenrauchen überhaupt beziehungsweise deren Verkauf an Minderjährige untersagten (Burnham 1993: 91f.). Schnupfen, Kauen, Rauchen von Zigarren oder Pfeifen waren aber nie solchen Verboten unterworfen. Hier zeigte sich eine Moralpolitik, die nicht gesundheitliche Gefahren, sondern die moralische Gefährdung der Jugend in den Mittelpunkt rückte. Ansonsten jedoch blieb das positive Bild des Tabaks in den USA gewahrt. Selbst unter Medizinern herrschte die Grundtendenz vor, Rauchen als wohltuenden und nützlichen Gebrauch eines Genussmittels einzuschätzen. Eine solche Sicht stärkte sogar der *Supreme Court*. Er befasste sich im Jahre 1900 mit einem Verbot, das der Staat Tennessee (aus moralischen Erwägungen) gegen den Verkauf von Zigaretten verhängt hatte, und hob das Gesetz wieder auf.

Es war der Erste Weltkrieg, der den Zigarettenkonsum und die Epidemiologie des Rauchens in den USA weiter beschleunigte. Dazu trug ein Prozess der Konzentration und Industrialisierung bei. Um 1899 gab es über 15.000 Unternehmen, die zumeist nur lokal bekannte Tabakwaren herstellten. 1914, als in Europa der Krieg begann, brachte die *R.J. Reynolds Tobacco Company* dann eine neue Marke heraus: eine standardisierte Leichtzigarette aus Virginiatabak – *Camel*. *Reynolds* eroberte mit ihr innerhalb von nur drei Jahren ein gutes Drittel des US-Marktes. Schon 1919 hatten sich drei Standardzigaretten etabliert, die für viele Jahre marktbeherrschend blieben: *Camel*, *Lucky Strike* und *Chesterfield*. *Camel* war ein Musterbeispiel für die neue Rolle der Werbung, die zeitgleich, wie geschildert, insgesamt bei den Lebens- oder Genussmitteln zu beobachten war. Denn *Reynolds* konzentrierte seine gesamte Zigarettenwerbung auf *Camel* als einzigem Produkt. Die Werbung wurde so in Intensität und Aufmachung gesteigert. Schon die erste Vorstellung von *Camel* war eine zweiseitige Anzeige, die am 12. Dezember 1914 in der *Saturday Evening Post* geschaltet wurde. Bis dahin war für Zigaretten nur im Kleingedruckten der Zeitungen geworben worden. Schon 1916 erreichte der Werbeetat von *Reynolds* über

zwei Millionen Dollar, bis 1920 hatte er sich auf über sechs Millionen Dollar mehr als verdreifacht. Damals wurde Zigarettenwerbung omnipräsent, in Zeitungen und Zeitschriften und auf Plakatwänden (Tilley 1985: 210–221).

Zudem vollzog sich ein Wandel bei den Verbrauchern: Die US-Truppen in Europa erhielten freie Zuteilungen, und wahrscheinlich gingen während des Krieges Tausende von jungen Männern zum Konsum über. In den USA erhöhte sich so der jährliche Verbrauch pro Erwachsenem von 50 Zigaretten (1900) auf beinahe 750 (1918) (vergleiche U.S. Department of Health and Human Services 1981: 268f.). Danach allerdings, zwischen 1920 und 1940, nahm der Anteil rauchender Erwachsener an der Bevölkerung nur noch von 15 auf 20 Prozent zu. Dafür verdreifachte sich beinahe der Konsum pro Kopf auf 1.800 Zigaretten im Jahr. Eine Erklärung hierfür war, dass damals fast ausschließlich Männer rauchten. Der Erste Weltkrieg hatte das Image des Rauchens verändert, die Zigarette wurde von rebellischer Jugendlichkeit zu heroischer Maskulinität umgedeutet. Zudem konzentrierte sich die Werbung auf die jüngere männliche Bevölkerung. Diese Verbindung von Werbung, Heroismus und Zigarettenqualm erschwerte alle Gegenmaßnahmen. Ende der 1920er Jahre profitierten Raucher und Industrie außerdem von der Kritik an der Alkoholprohibition. Sie war, wie geschildert, Teil der sozialen Veränderungen der Zwischenkriegszeit, vor allem einer umfassenden Individualisierung. Danach war es zunehmend dem Einzelnen überlassen, mit den Risiken und Chancen »unmoralischen« und »ungesunden« Verhaltens wie dem Rauchen und Trinken umzugehen. Schon die damalige Werbung stellte Rauchen als Abenteuer der Individualität heraus, eine Werbestrategie, die bis heute verwendet wird.

So wurden Zigaretten schließlich auch für Frauen und Jugendliche akzeptabel gemacht. Bis in die 1920er Jahre war das Rauchen von Frauen (in der Öffentlichkeit) noch gesellschaftlich tabuisiert. Dies wurde allmählich durch einen kulturellen Wandel unterhöhlt, den besonders die Werbung vorantrieb. Das neue Ideal, die *Flapper* genannte Frau, war smart, lebensklug, selbstständig und rauchte gerade deshalb. Auch die Heldinnen in Romanen, Radio und Kino verkörperten genau dieses Image. Dafür sorgten die Tabakkonzerne selbst; denn nun flossen gigantische Werbeetats etwa in die Filmindustrie. Die 1930er Jahre sahen nicht nur eine Veränderung der kulturellen Deutung des Zigarettenrauchens, sondern auch einen Wandel des Verbrauchs. Schon 1929 waren die Hersteller von Zigaretten

und Zigarren unter die zehn bedeutendsten amerikanischen Industriezweige aufgestiegen. Selbst in der Großen Depression gab eine durchschnittliche Familie rund sieben Prozent ihres Einkommens für Tabakerzeugnisse aus. Durch ihre Prävalenz wurde die Zigarette zu einem Symbol für eine amerikanisierte und standardisierte Konsumkultur, die sich in der Zwischenkriegszeit herausbildete. Oft wurde der Kult um die Zigarette daher mit demjenigen um das Auto gleichgestellt, der sich damals ebenfalls etablierte (Marchand 1985).

Diese Assoziation des Rauchens mit einem heroischen und patriotischen Lebensstil setzte sich im Zweiten Weltkrieg weiter fort. Mit Tabakqualm versuchten damals Millionen von Menschen, darunter zunehmend Frauen, Angst und Furcht zu überwinden. Präsident Roosevelt persönlich förderte das Rauchen als Teil jener Anstrengungen, die zur psychologischen Aufrüstung der Bevölkerung notwendig erschienen. So nahm der Verbrauch gerade ab 1941 an der »Heimatfront« und bei den Truppen in Übersee weiter zu. Zwischen 1940 und 1949 verdoppelte sich der Anteil der Raucher unter der erwachsenen Bevölkerung der USA von 20 auf 44 Prozent. Danach stabilisierte sich dieser auf hohem Niveau. Zwischen 1950 und 1967, als der epidemiologische Höhepunkt erreicht war, rauchte faktisch jeder zweite erwachsene Amerikaner. Dieser Trend kehrte sich erst seit dem Beginn der 1970er Jahre wieder um. Denn immer deutlicher offenbarten sich nun die Gesundheitsrisiken des Rauchens.

Im Wesentlichen folgte die Entwicklung in Deutschland diesem amerikanischen Muster. Deutsche Besonderheiten ergaben sich zum einen aus den unterschiedlichen Anfangsbedingungen, die noch aus dem 19. Jahrhundert stammten. Als retardierende Faktoren kamen zum anderen wirtschaftliche Not und Versorgungsmängel hinzu. Hier wirkten die Weltkriege, die Große Depression und die Katastrophenzeiten bis 1924 und ab 1942 bis 1948 jeweils auf ihre Weise. Seit der Jahrhundertwende galten Zigaretten zwar auch im Deutschen Kaiserreich als passende Genussmittel einer sich immer stärker auf Tempo ausrichtenden, modernen Welt. Sie verpassten Rauchern (und später Raucherinnen) auf eine viel einfachere und schnellere Art eine Dosis Nikotin, als dies durch das bisher vorherrschende Paffen von Zigarren und Pfeifen möglich gewesen war. Mit Zigaretten wurden auch die Soldaten in den Schützengräben des Weltkriegs versorgt, was die kulturelle Akzeptanz des Genussmittels in Deutschland erhöhte: Der jährliche Konsum stieg von acht Milliarden Zigaretten (1910)

auf 30 Milliarden (1925) und erreichte schließlich mit 80 Milliarden (1942) den vorläufigen Höhepunkt der Entwicklung (vergleiche Hess 1987: 45).

Mit diesen Daten ist bereits eine wichtige Veränderung der Konsumstrukturen angesprochen, denn nach 1900 expandierte der Verbrauch von Tabak wegen der Ausbreitung der Zigarette gegenüber Pfeifen und Zigarren, wie die Tabelle II im Anhang belegt. Bis zum Ausbruch des Zweiten Weltkrieges waren die deutschen Raucher jedoch konservativer als die amerikanischen. Zwar erhöhte sich bis dahin der Anteil von Zigaretten auf ein gutes Drittel des insgesamt genossenen Tabaks. Mengenmäßig blieben jedoch zusammengerechnet Zigarren und Pfeifen wichtiger.

Der Aufstieg des Zigarettenkonsums war durch einen Einstieg neuer Gruppen und einen Verhaltens- und Normenwandel verursacht. Rauchten bis 1900 überwiegend wohlhabende Männer, so breitete sich die Zigarette nun auf Frauen, Jugendliche und die Unterschicht aus. Dazu trug ein Preisrückgang ebenso bei wie die relative Milde der Zigarette im Vergleich zur Zigarre, der geringere Zeitbedarf und der allmähliche Wandel sozialer Konvention. Das *Girl* der 1920er Jahre rauchte ebenso seine Zigarette wie der auf Tempo fixierte Angestellte oder überhaupt Mancher, der zu jener Zeit mit Revolutionen und Wirtschaftskrisen konfrontiert war (Elliot 2008: 53ff.). Nach einem Rückgang während der Großen Depression und ungeachtet der NS-Volkspädagogik wurde 1942 der bisherige Höhepunkt des Tabakverbrauchs erreicht. Danach brach der Konsum ein, was an der kriegsbedingten, immer schlechteren Versorgung lag. Eine Umfrage unter Soldaten zeigte 1944 den Wandel auf: Die enormen seelischen Belastungen hatten dafür gesorgt, dass sich die Zahl der Raucher weiter erhöht hatte. Wegen der Versorgungsmängel hatte sich zugleich der Anteil der starken Raucher (mehr als 30 Zigaretten am Tag) verringert. Die Armut der Nachkriegszeit reduzierte den Verbrauch weiter. Der offiziell ermittelte Konsum ging von 1940 auf 1950 von 1.022 auf 465 Zigaretten pro Jahr und Kopf zurück (Rauchen. Wie gut, in: *Der Spiegel* vom 22. Januar 1964, 61).

Solche Angaben, die auf die offizielle Steuerstatistik zurückgehen, sind jedoch skeptisch zu beurteilen. Denn trotz des Rückgangs wurden Tabakprodukte wichtiger als jemals zuvor. Die hohe Prävalenz ergab sich aus der Rolle amerikanischer Zigaretten. Sie wurden in den Westzonen als Währung verwendet. Damit kam einem Tabakerzeugnis eine bis dahin unbekannte wirtschaftliche Funktion und Symbolkraft zu. Weiterhin förderte die Knappheit den Eigenanbau, in Gärten und selbst in Blumentöpfen wurde Tabak gezogen. Der Eigenanbau erhöhte den tatsächlichen Konsum

in der unmittelbaren Nachkriegszeit um geschätzte 20 Prozent. Allein im Jahre 1949 wurden rund 400 Millionen amerikanische Zigaretten nach Deutschland geschmuggelt; 1954 wurden jährlich schätzungsweise zwei Milliarden Glimmstängel, ein Viertel der nationalen Produktion, aus der Schweiz nach Italien und Deutschland geschafft. Nach Kriegsende betrug die Produktionsleistung in den Westzonen nur noch zehn Prozent des Vorkriegsniveaus. Grund war vor allem der Importstopp für Rohtabak. Die US-Regierung belieferte daher die Bizone im Rahmen des Marshallplans kostenlos mit Tabak. Im Jahre 1948 wurden so als eine Art Geschenk an die deutschen Raucher 24.000 Tonnen Rohtabak über den Atlantik geschafft. Die Aktion leitete endgültig einen Geschmackswandel ein, denn amerikanische Zigaretten waren leichter und besser zu inhalieren. Dies beschleunigte künftig den Einstieg von Frauen und Jugendlichen in das Rauchen, eine Entwicklung, die sich zeitgleich auch in den USA vollzog. Seit der Währungsreform erhöhte sich daher in Westdeutschland wieder die Zahl der Raucher und des insgesamt verbrauchten Tabaks bis in die 1970er Jahre kräftig. Dafür sorgten auch in Deutschland nun internationaler Handel, kommerzialisierte Leitbilder und ein kultureller Wandel. Regierung und Behörden zogen sich zudem für viele Jahre beinahe ganz aus der Bekämpfung des Rauchens zurück. Für gut zehn Jahre wurde auf der transatlantischen Party daher fröhlich geraucht und getrunken.

VI. Vom schnellen Ende der Schönen Neuen Welt

In den späten 1950er Jahren entstand bereits wieder eine neuartige Skepsis. Sie richtete sich gegen jenen Massenkonsum, der von Regierungen, Industrie und Handel als moderne Ernährung angepriesen wurde. Pflanzen- und Tierfabriken, Supermärkte und regierungsamtliche Kontrollen garantierten vermeintlich Verbrauchersicherheit und Gesundheitswert. Die lang diskutierten Fragen zum Wert oder Unwert der modernen Ernährung in der ebenso modernen Industriegesellschaft waren angeblich beantwortet. Bald jedoch zeigte sich das genaue Gegenteil. Ausgehend wiederum von den USA, geriet der Massenkonsum schon wenige Jahre nach dem Zweiten Weltkrieg unter einen Generalverdacht: Rauchen, Trinken und selbst die Ernährung förderten nicht die Gesundheit, sondern waren dieser abträglich, und zwar erheblich. Tatsächlich zeigte sich in wissenschaftlichen Studien bald eine geradezu skandalöse Unterschätzung der Gesundheitsgefahren durch den modernen Konsumstil. Als öffentliche Skandale wurden solche Erkenntnisse zunächst überwiegend in den USA ausgetragen. Sie erreichten die Bundesrepublik Deutschland daher sozusagen erst aus zweiter Hand. Dies erklärt vielleicht die in Westdeutschland eher gedämpft geführten Debatten und die Trägheit der Verantwortlichen. Zeitweise entwickelte sich die Bundesrepublik sogar zum Bremsklotz für einen modernen Verbraucherschutz im Rahmen der EWG beziehungsweise EU. Dennoch gab es mittlerweile einen wichtigen Faktor, den die Lebens- und Genussmittelindustrie nicht mehr herunterspielen konnte: Die Kritik entsprang nicht mehr nur den oft dubiosen Ideen quasi-religiöser Eiferer oder Reformapostel. Die Einwände kamen vielmehr aus dem hoch angesehenen Kern der Industriegesellschaft, aus der wissenschaftlichen Forschung selbst. Dies verband sich mit einer neuen Inwertstellung der Verbraucherrechte, die ebenfalls von den USA ihren Ausgang nahm und die durchaus Parallelen zur damaligen Bürgerrechtsbewegung hatte. Sie war ein weiterer

Grund für die höhere Intensität, mit der in den USA über die gesunde Lebensweise gestritten wurde.

12. Die neue Rolle von Naturwissenschaften und Medizin

Die Debatten um die Schädlichkeit von Tabakqualm, Alkohol und Ernährung wurden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts durch die Naturwissenschaften beeinflusst. Dies war ein kaum zu überschätzender Unterschied zu jener Kritik, die in den vorherigen über 100 Jahren immer wieder falsche Ernährung oder Genussmittel wie Alkohol aus moralischen Gründen gegeißelt hatte. Zwar gab es, wie gezeigt, eine lange Tradition der Bedenken von Ärzten, Wissenschaftlern oder Laien gegen bestimmte, offenbar krankmachende Verhaltensweisen. Schwierig war es jedoch, die behaupteten Schäden empirisch nachzuweisen. Hier erfolgte in den 1950er Jahren, nach entsprechenden Vorläufern, ein einschneidender Durchbruch, der die gesamte Debatte um Ernährung und Gesundheit beeinflusste. Denn der wissenschaftlich-empirische Nachweis von Gefahren und Schäden war etwas, das Politiker, Industrielle und Verbraucher nicht mehr ohne Weiteres ignorieren konnten – nicht in der technokratischen und szientistischen Atmosphäre der Nachkriegszeit und zumindest nicht auf die Art und Weise, wie dies bei der tatsächlich oft überzogenen und moralisierenden Geißelung durch die Kulturkritik mitunter geschehen war. Eine ganz andere Frage war dann, was besonders die Presse aus den gewonnenen Erkenntnissen machte.

Die Schulmedizin erlangte erst nach dem Zweiten Weltkrieg jene Bedeutung, die wir heute kennen. Die Naturwissenschaften generell und besonders die moderne Heilkunde waren trotz weit zurückreichender Traditionen im Grunde historisch junge Errungenschaften. Die Geschichte der wissenschaftlichen Standards verpflichteten Medizin etwa reicht, wie auch in Teilen die der Naturwissenschaften, eigentlich nur in das 19. Jahrhundert zurück. Die akademische Heilkunst stand dabei von Beginn an in einem komplexen Verhältnis zur Gesundheitsfrage. Die meisten Fortschritte der Medizin waren zunächst eher theoretischer Art gewesen: Chemiker, Biologen und Mediziner hatten viele Zusammenhänge von Krank-

heit und Gesundheit erforscht und beschrieben, ohne aber geeignete Therapien entwickeln zu können. Die moderne Heilkunst hatte daher anfänglich enorme therapeutische Defizite, weshalb ihr Einfluss auf die Massengesundheit nicht überschätzt werden sollte. Quacksalberei, Natur- und Alternativmedizin versprachen die Überbrückung dieser Defizite, was ihre enorme Resonanz bei den Patienten erklärte. Erst nach dem Zweiten Weltkrieg gelang es dann dauerhaft, das theoretische Wissen der Schulmedizin in empirisch erprobte Verfahren umzusetzen, mit denen die Masse der Patienten in vielen Fällen tatsächlich geheilt werden konnte. Chirurgie und Chemotherapie als medizinische Standardverfahren setzten sich erst nach dem Zweiten Weltkrieg und überwiegend nur in jenen Staaten wirklich durch, in denen durch Massenwohlstand und/oder Staatsintervention moderne Gesundheitssysteme entstanden.

Zudem interessierten sich die meisten unter den akademischen Medizinern kaum für die Vorbeugung von Krankheiten, und wenn, dann benutzten sie eine überkommene Rhetorik. Zwar hatte die Bakteriologie als Teil der Hygienebewegung Auswirkungen auf den Lebensstil gehabt; weiterreichende Bestrebungen, die gesamte Lebensweise des Menschen im Sinne der gesundheitlichen Prävention zu reformieren, hatten bis in die Nachkriegszeit jedoch eher an Bedeutung verloren. An Vorbeugung hatten etwa die amerikanischen Ärzte, deren Wirken sich oft nicht zuletzt aus finanziellen Erwägungen ganz auf die Bedürfnisse der Ober- und Mittelschicht ausrichtete, kaum Interesse. Zögerlich hatte sich in den USA die medizinische Zunft selbst einer zumindest impliziten Gesundheitsbewegung, der Prohibition, angeschlossen.

In Deutschland hatte es zwar eine im Vergleich dazu bedeutsamere sozial-medizinische Traditionslinie gegeben. Sie hatte in den 1920er Jahren die Ausweitung der kommunalen Daseinsvorsorge auf die persönliche Gesundheitsfürsorge unterstützt. Die Mediziner in Deutschland hatten sich jedoch an den schon beschriebenen NS-Kampagnen für »deutsche« Kost und gegen Rauchen und Trinken sowie an den unmenschlichen Praktiken des Regimes beteiligt. Dies beschädigte nach 1945 gerade das Ansehen der Sozialmedizin nachhaltig. Denn der Schwerpunkt der Prävention verlagerte sich im Deutschen Reich in der Zwischenkriegszeit auf Rassenkunde und Eugenik. Wenn aber jemand durch »Blut« und »Erbe« ohnehin benachteiligt oder »entartet« war, konnte er nach dieser Auffassung mit einem veränderten Lebensstil ohnehin kaum etwas erreichen. Er legte sich lediglich ein besseres Verhalten zu, sozusagen als Tarnung seiner

Abweichung und Krankheit (Lawrence 2006: 247–404; Hardy/Tansey 2006: 405–534).

Die gesundheitliche Prävention auf der einen und die Schulmedizin auf der anderen Seite sollten noch aus einem weiteren Grund nicht zu eng zusammengeführt werden. In den 100 Jahren nach 1850 waren viele Schulmediziner nicht nur häufig ambivalent gewesen, was den menschlichen Lebensstil anging, sie vertraten oft sogar falsche oder höchst schädliche Theorien, zum Beispiel die Eiweißlehre oder die Verharmlosung des Rauchens. Die Ignoranz der Schulmediziner in Fragen des Lebensstil verschaffte zwei Bewegungen ihre Anhängerschaft: Erstens wirkten Traditionskonzepte wie Humoralpathologie, Iatrochemie und Volksmedizin weiter. Über Naturheilkunde und Lebensreform bestand so Kontinuität in der Frage fort, wie denn ein gut geführtes Leben die menschliche Gesundheit fördern konnte. Zweitens engagierten sich manche Schulmediziner für die sozialen und hygienischen Reformen des 19. Jahrhunderts – für Sanitätswesen, Stadtreinigung, Müllabfuhr, sauberes Trinkwasser, ausreichende Kanalsysteme für Brauchwasser und Fäkalien. Hinzu kamen als individuelle Faktoren Impfungen, Mund-, Körper- und Sexualhygiene und Einhaltung minimaler hygienischer Standards in der Alltagskost. Sofern Mediziner an umwelt- und volkspädagogischen Maßnahmen überhaupt beteiligt waren, war dies bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts beinahe ihr wichtigster Beitrag zur Gesundheitsrevolution gewesen.

Nach dem Zweiten Weltkrieg änderte sich auch hier vieles: Denn die Schulmedizin wusste ja nun nicht allein, warum sich die meisten Krankheiten ausbildeten; viele Infektionen, Verletzungen und chronische Leiden waren mittlerweile durch Mediziner mit Hilfe von Chirurgie oder Chemotherapie tatsächlich heilbar geworden. Die akademische Medizin erfuhr so eine gesellschaftliche Aufwertung, die sich in privaten oder staatlichen Krankenkassen, Neubauten von Krankenhäusern und üppiger Ausstattung von Arztpraxen und Pharmareferenten zeigte. Die hohe Wertschätzung führte einerseits zu einem umfassenden Heilungsversprechen, ja, die Medizin wurde in den Augen mancher zu einem Instrument der Wunderheilung fürchterlichster Leiden, gleich wie diese auch immer im Rahmen ungesunder oder riskanter Verhaltensweisen entstanden waren. Die Prävention wurde gerade deshalb in der Nachkriegszeit vernachlässigt. Andererseits verbesserten sich nach dem Zweiten Weltkrieg die Rahmenbedingungen für die wissenschaftliche Erforschung und damit entstand allmählich ein neues Verständnis für die Folgen bestimmter menschlicher Verhaltenswei-

sen. Der Blick auf (übermäßiges) Essen, Rauchen und Alkoholkonsum änderte sich wiederum. Und jetzt wurde die Kritik an den Gewohnheiten nicht mehr überwiegend von Gesundheitsaposteln oder Entsagungsgurus geäußert. Die Skepsis gegenüber Alltagskost und Genussmitteln resultierte aus empirisch überprüfbarer Forschung. Deren Resultate wurden in der Presse zwar oft sensationell überzeichnet. Aber dennoch: Die Kritik stammte aus Naturwissenschaften und Medizin und kam insofern aus dem Zentrum der modernen Welt selbst (vergleiche Ackerknecht/Murken 1992: 188ff.).

Für das Selbstverständnis jener Gesellschaften, die sich nach dem Zweiten Weltkrieg endgültig als modern und industriell bestimmt hatten, waren alle wissenschaftlichen Erkenntnisse und technischen Errungenschaften, die bis dahin angefallen waren, von zentralem Symbolwert. Für die naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin war dies eine Fülle an Entdeckungen und Innovationen, die hauptsächlich nach der Jahrhundertwende entstanden waren und hier nur exemplarisch genannt werden können: Forschungen zur Endokrinologie von Grant Banting (1891–1941) und Charles Herbert Best (1899–1979) führten 1921 zur Entdeckung des Insulin. 1934 isolierte Edward Calvin Kendall (1886–1972) aus der Nebennierenrinde das Kortison. Die Röntgendiagnostik wurde 1896 erstmals eingesetzt; schon zwei Jahre später entdeckten Pierre und Marie Curie das Radium, das schon bald in der gynäkologischen Krebstherapie verwendet wurde. 1903 erfand Willem Einthoven (1860–1977) den Elektrokardiografen (EKG), in den frühen 30er Jahren folgte Hans Berger (1873–1941) mit der Elektroenzephalografie (EEG). Das neue Gebiet der Chemotherapie wurde maßgeblich durch Paul Ehrlich (1854–1915) geprägt. Seine Medikamente gegen die Syphilis, Salvarsan und Neosalvarsan, hatten jedoch schwere Nebenwirkungen; und nach dem Tode von Ehrlich 1915 gelangen in der Chemotherapie über 20 Jahre hinweg keine wesentlichen Erfolge mehr. Diese Stagnation wurde bezeichnenderweise erst kurz vor dem Zweiten Weltkrieg überwunden, als Gerhard Domagk (1895–1964) 1935 die Sulfonamide als Therapeutika bei Entzündungen verwendete.

Vier Jahre später gelang ein noch entscheidender Durchbruch: Wissenschaftler aus Oxford um Howard Florey (1898–1968) und Ernst Boris Chain (1906–1979) führten Penicillin als Medikament ein. Seitdem wurde es möglich, hochwirksame, antibiotische Medikamente in der klinischen Praxis einzusetzen: Sulfonamide, Penicillin oder andere Pilzgifte bekämpften Infektionen, etwa Sepsis und Kindbettfieber, und machten selbst

Krankheiten wie die Pest behandelbar. Besonders in der Chirurgie beschleunigte sich in der Zwischenkriegszeit der medizinische Fortschritt: Operationen an Lunge und Hirn wurden ebenso möglich wie Blutübertragungen. Nach 1945 wurden neue Methoden in der Anästhesie und Intensivmedizin entwickelt.

Allerdings wurden viele Innovationen erst nach dem Zweiten Weltkrieg, oft sogar erst in den 1960er Jahren, in die medizinische Praxis eingebracht (Hardy/Tansey 2006: 462ff.). Schon in der frühen Nachkriegszeit setzte sich jedoch die medizinische Revolution beschleunigt fort. Sie blieb als Phänomen, das den breiten Massen zugute kam, auf die damals hoch industrialisierten Länder beschränkt. Selbst dort wirkte die Schulmedizin nicht per se über engagierte Halbgötter in Weiß, sondern auf der Basis wichtiger gesellschaftlicher Veränderungen. In Westeuropa und den USA entwickelte sich ein System privater, betrieblicher und staatlicher Krankenversicherungen. Es stellte jene finanziellen Mittel zur Verfügung, mit denen Großkrankenhäuser, oft an Universitäten, errichtet werden konnten. Mit ihren diversen Abteilungen für Chirurgie, Labor- und Intensivmedizin wurden diese nach 1945 zu den wichtigsten Stätten, an denen medizinische Verfahren, die in Theorie und Anwendung gleichermaßen anspruchsvoll waren, erprobt und standardisiert wurden. Dazu gehörten jene schon oben angesprochenen »Reparaturverfahren« selbst bei schweren Leiden: 1943 durch die Dialyse, 1957 durch die Eiserne Lunge und 1959 durch den Herzschrittmacher. Das herausragende Symbol für den medizinischen Fortschritt überhaupt wurde jene Transplantation eines Herzens, die Christiaan Barnard am 3. Dezember 1967 geglückt war. Ebenso bedeutsam waren die Neuerungen in den internistischen Fächern: Erstmals 1949 wurde an psychisch kranke Personen mit Erregungszuständen Lithium verabreicht. Dies ermöglichte dem Erkrankten ein Leben ohne körperliche Zwangsmittel. Seit 1952 kamen Tranquilizer und Antidepressiva auf den Markt, und in den 1960er Jahren wurde der menschliche Blutdruck durch Beta-Blocker regulierbar. Besonders in den 1960er Jahren schien es eine Weile so, als könnte die moderne Medizin alle menschlichen Leiden, selbst Krebs, endgültig besiegen. Vielleicht war der Höhepunkt des Optimismus im Januar 1971 erreicht, als der damalige US-Präsident Richard Nixon den *National Cancer Act* unterzeichnete. Das Gesetz formulierte offiziell das Ziel, Morbidität und Mortalität durch bösartige Tumore ganz abzuschaffen (Sporn 1996): 1377ff.).

Wen kann es rückblickend verwundern, dass angesichts eines derartigen Optimismus die Gesundheitsaufklärung für zwei bis drei Jahrzehnte in den Hintergrund trat. »Richtige« Verhaltens- und Ernährungsgewohnheiten, Vermeidung von Risiken und Infektionen standen erst seit 1970er Jahren wieder regelmäßiger auf der Agenda. Dabei hätte eine nüchterne Analyse schon damals viel dazu beigetragen, den ohne Zweifel vorhandenen Wert der »Reparaturmedizin« doch etwas zu relativieren. Denn alle genannten Verbesserungen wirkten bis dahin längst nicht so einschneidend wie die hygienischen Maßnahmen der Jahre zwischen 1850 und 1950. Die Morbiditäts- und Mortalitätsraten gingen in Ländern wie Deutschland oder den USA entscheidend zurück, bevor die Schulmedizin ihren eigentlichen Durchbruch hatte. Denn wirksame Medikamente etwa gegen Infektionskrankheiten waren erst seit den 1940er Jahren vorhanden beziehungsweise wurden nun erst tatsächlich angewandt. Epidemiologisch bedeutsam waren bis etwa 1900 vor allem Krankheiten gewesen, die auf Infektionen mit Bakterien und Viren und auf Mangelernährung zurückzuführen waren. Derartige Ursachen für menschliches Leid wurden daher nicht durch die Schulmedizin zurückgedrängt. Besseres Wohnen, Ernähren und Kleiden, gesteigerte persönliche und Umwelthygiene und Impfungen verringerten die Risiken, schwer zu erkranken, zu sterben oder bereits mit Behinderungen geboren zu werden.

Ein weiterer Faktor relativiert die Bedeutung der Schulmedizin bis in die Nachkriegszeit: Ärzte waren (und sind) Privatunternehmer. Sie waren etwa in den USA gerade in jenem Jahrhundert zwischen 1850 und 1950 nur selten dort anwesend, wo Krankheiten und früher Tod tatsächlich am häufigsten grassierten: bei den Unterschichten und ethnischen Minderheiten. Auch in Deutschland war die gesundheitliche Versorgung für die Unterschichten schlechter als für die Oberschicht. So waren in beiden Ländern bis in die 1950er Jahre die Erfolge der Gesundheitsrevolution vorrangig auf Veränderungen außerhalb der Heilbehandlung selbst zurückzuführen. Dieser grundlegende Wandel innerhalb nur eines halben Jahrhunderts ist gut ablesbar an den Veränderungen der jeweils zehn bedeutendsten Todesursachen in den USA und in Deutschland, die in Tabelle VIII im Anhang darstellt werden.

Durch die erste gesundheitliche Revolution waren, ausgehend von den Veränderungen seit etwa 1850, in gut 100 Jahren Morbidität und Mortalität erheblich gesenkt worden. Nach dem Zweiten Weltkrieg zeigte sich daher eine verglichen mit der Jahrhundertwende gewandelte Sterbestatistik: In

den USA und Deutschland waren Lungenentzündung und Influenza, Magen- und Darmerkrankungen und Tuberkulose als häufigste Todesursachen abgelöst worden von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs. Diese veränderte Grundsituation wurde bald nach dem Zweiten Weltkrieg Ausgangspunkt für damals neuartige wissenschaftliche Studien. Für sie war die sogenannte *Framingham-Studie* von paradigmatischem Wert; mit ihr begann die systematische Suche nach den Ursachen der Massenkrankheiten in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts (Dawber 1980). Ausgangspunkt war eine empirische Beobachtung im Amerika der späten 1940er Jahre gewesen – die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle, die offensichtlich kardiovaskuläre Ursachen hatten, erhöhte sich geradezu dramatisch. Die *Framingham-Studie* sollte die Gründe für diese Epidemie ermitteln und richtete ihre Aufmerksamkeit gezielt auf den Lebensstil als krankmachenden Faktor. Die Untersuchung startete im Jahre 1950 in Framingham, Massachusetts. Beobachtet wurde über viele Jahrzehnte eine Stichprobe von immerhin 6.507 Personen. Die erste Untersuchungsphase endete im Jahre 1970, aber die Studie wurde bis in die 1990er Jahre weitergeführt. In der langjährigen Beobachtung der Patienten ermittelte die Studie sechs Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bluthochdruck, hohe Blutfettwerte, Rauchen, ein geringes Ausmaß körperlicher Aktivitäten, hohes Übergewicht und Diabetes.

Die *Framingham-Studie* brachte zudem Hinweise auf die Rolle von Blutfettwerten bei einer Erkrankung des Gefäßsystems, der Arteriosklerose. Dies beförderte erste *Public Health*-Kampagnen zur Reduzierung der Aufnahme tierischer Fette und gegen das Rauchen, das sich als primärer Faktor für die Schädigungen der Gefäße erwiesen hatte. Zudem zeigte sich der negative Effekt des Tabakkonsums für alle kardiovaskulären Erkrankungen, etwa für den Bluthochdruck: Letzterer wiederum stellte sich als ursächlich für Herzinfarkte und Nierenversagen heraus. Anfang der 1990er Jahre litten rund 30 Prozent aller US-Bürger unter Bluthochdruck; nur rund ein Viertel bis ein Drittel von diesen hatte ihr Leiden mithilfe von Medikamenten unter Kontrolle. Deutschland hatte sogar die höchste Hypertonieprävelenz in ganz Westeuropa. Mit der Zunahme der Untersuchungen wurde deutlich, dass die Folgen für Herz, Gefäßsystem und Nieren durch eine Veränderung des Lebenswandels der Betroffenen gemindert werden konnten: Reduktion von Übergewicht, Aufgabe des Tabakkonsums, Kontrolle der Salzaufnahme, Bewegung und die Einnahme blutdrucksenkender Mittel. Dies reduzierte erheblich die Risiken für Herz-

krankheiten und Schlaganfälle (National Heart, Lung, and Blood Institute 1985: 457ff.). Hier zeigte sich zugleich die Bedeutung der gesundheitlichen Prävention auf eine damals neuartige Art und Weise. In den USA startete man bereits in den frühen 1960er Jahren Kampagnen zur Bekämpfung der kardiovaskulären Erkrankungen. Eine Folge war, dass sich die Mortalitätsrate bei Herzkrankheiten zwischen 1950 und dem Beginn der 1990er Jahre um 55 Prozent reduziert hatte (Rosen/Bullough 1992: 103).

Die *Framingham-Studie* hatte jedoch eine Bedeutung, die weit über das engere Ziel eines erfolgreichen Kampfes gegen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen hinausging. Sie zeigte exemplarisch die Risiken des modernen Lebensstils und Massenkonsums für die menschliche Gesundheit auf. In den 1950er Jahren setzte daher eine Welle von wissenschaftlichen Forschungen nach dem Vorbild der Studie ein. Deren Ziel war die Überprüfung des gesundheitlichen Wertes von Verhaltens- und Konsumweisen beziehungsweise des Wertes oder Unwertes einzelner Erzeugnisse der modernen Massenkultur überhaupt. Diese Flut von an sich rationalen Überprüfungen des menschlichen Lebensstils, die mitunter sicher aus Profilsucht der beteiligten Forscher oder durch die Presse aufgebauscht wurden, sorgte für erhebliche Irritationen. Sie zerstörte in wenigen Jahren das positive Bild eines Massenkonsums, der sich zeitgleich erst endgültig etablierte. Vielfältige Gefahren und Bedrohungen wurden entdeckt; angefangen beim Rauchen, über den Alkohol bis zur Ernährung.

13. Schatten auf der Lunge: Die Schöne Neue Welt und das Rauchen

Im Februar 1987 begann die Organisation *Doctors Ought to Care*, in der niedergelassene amerikanische Ärzte zusammengeschlossen waren, damit, schwarz umrandete Todesmeldungen an die Mitglieder des US-Kongresses zu versenden. Die Meldungen trafen immer dann ein, wenn wieder ein Mitglied des Kongresses an einer Krankheit gestorben war, die auf das Rauchen zurückzuführen war. Die Todesanzeigen enthielten jeweils den Namen des Verstorbenen, die entsprechende Krankheit und einen Appell an die Parlamentarier, alle Unterstützung für Gesetze aufzugeben, welche in irgendeiner Weise die Tabakindustrie förderten. Das Vorgehen zeigte, wie emotional damals der Kampf gegen das Rauchen bereits geführt wurde. Bei den Rauchgegnern verbreiteten sich Schlagworte wie »Händler des Todes«; die Befürworter, etwa die Zigarettenindustrie, konterten mit Diffamierungen, die bis hin zu Vergleichen der Anti-Rauchkampagnen mit dem Holocaust reichten (vergleiche Goldstein 1992: 94–119).

In der Tat nahm das Tabakrauchen bei den Versuchen, menschliche Verhaltensweisen hin zu einem gesunden Lebensstil zu verändern, seit dem Zweiten Weltkrieg einen besonderen Platz ein. Das Rauchen rückte seit den 1950er Jahren als erster Bereich jener oben skizzierten Verbindung von Individualismus und Massenkonsum wieder in den Fokus gesundheitlicher Bedenken. Sie wurden nun in Form wissenschaftlicher Erkenntnisse an die Öffentlichkeit herangetragen. Ihre Durchsetzung dauerte jedoch gut 30 Jahre. Erst ab etwa 1980 war in der medizinischen Fachwelt allgemein akzeptiert, dass das Rauchen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zur größten Bedrohung für die menschliche Gesundheit überhaupt geworden war. Die Dimensionen von Morbidität und Mortalität durch Tabakqualm ließen sich mit früheren Cholera-, Tuberkulose- oder Grippeepidemien vergleichen. Zwischen 15 und 20 Prozent aller Todesfälle gingen seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges in den USA auf das Rauchen zurück. In

absoluten Zahlen waren dies Anfang der 1990er Jahre in den USA etwa 390.000 Todesfälle (oder 163 auf 100.000 Einwohner) jährlich.

In den USA starben damals jährlich mehr Menschen durch das Rauchen als durch Verkehrsunfälle, Feuersbrünste, Drogenmissbrauch, Mord, Selbstmord und AIDS zusammengenommen. Kein anderes freiwillig gewähltes Verhalten war derart schädlich wie das Rauchen einer Zigarette. Nach zunehmender Übereinstimmung in der Forschung unterschied sich Zigarettenqualm in seiner Schädlichkeit von anderen, ebenfalls ungesunden Produkten wie Alkohol, Salz, Zucker oder fettem Fleisch: Es war unmöglich, eine tägliche Höchstmenge anzugeben, die unschädliche oder auch nur einigermaßen unbedenklich wäre. Schließlich unterschied sich das Rauchen in seiner Verbreitung von anderen hoch riskanten Verhaltensweisen wie etwa dem *Speeding* mit dem Auto, dem Ausüben gefährlicher Sportarten oder dem Konsum von Rauschgift. Um 1960 rauchte etwa die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung der USA Zigaretten; um 1990 waren es immer noch rund 29 Prozent.

Schon gegen Ende der 1940er begann in den USA und in Großbritannien die systematische Erforschung der Folgen des Rauchens. Dabei konzentrierte man sich auf die Epidemiologie des Lungenkrebses. In beiden Ländern beruhte die Entdeckung der Gefahren des Rauchens auf einem wissenschaftlichen Neuanfang; die Forschungsergebnisse aus der NS-Zeit waren in Vergessenheit geraten und wurden erst in den 1980er Jahren wiederentdeckt (Doll 2001: 30f.; Berridge 2007). Dieser Neuanfang setzte zuerst in den USA ein: Schon im Mai 1950 berichteten Ernest Wynder und Evarts Graham von einer Untersuchung, der zufolge rund 95 Prozent von 650 an Lungenkrebs erkrankten Männern 20 Jahre lang geraucht hatten (Wynder/Graham 1950: 329ff.). 1954 zeigten Hammond und Horn die schädlichen Konsequenzen des Rauchens noch deutlicher auf: Männer, die mehr als eine Packung am Tag rauchten, starben nach ihrer Untersuchung fünfmal häufiger an Lungenkrebs und doppelt so oft an Herzerkrankungen wie Nicht-Raucher (Hammond/Horn 1954: 316ff.). Auf diese Ergebnisse hin verabschiedete die *American Cancer Society* im selben Jahr eine erste Resolution gegen das Rauchen.

Die ersten bahnbrechenden Forschungsresultate zum Tabakrauchen und dessen gesundheitsschädlichen Folgen stammten jedoch aus Großbritannien. Eingang in die Öffentlichkeit fanden die Studien erstmals im Jahre 1954, als die dortige Regierung durch das *Royal College of Physicians* informiert wurde. Das entsprechende Memorandum ging von einer kausalen

Beziehung zwischen Tabakrauch und malignen Tumoren aus, wurde jedoch erst 1985 der Öffentlichkeit zugänglich gemacht, als die 30-jährige archivalische Sperrfrist abgelaufen war. Der damals zuständige Gesundheitsminister, Ian McLeod (1913–1970), schwächte den Grundtenor der Stellungnahme des *Royal College of Physicians* erheblich ab, als er das Unterhaus informierte. Er sprach damals sogar davon, dass eine ursächliche Verbindung von Rauchen und Lungenkrebs längst noch nicht bewiesen und weitere Forschungen notwendig wären (Leichter 1991: 102f.). Erstaunlicherweise wurden die in Großbritannien gewonnenen Erkenntnisse national wie international zunächst kaum wahrgenommen. Die Gefahren des Rauchens wurden erst im Juli 1957 in den USA durch den *U.S. Surgeon General* Leroy E. Burney publik gemacht. Der *Surgeon General*, eine Art Generalinspekteur, wird vom US-Präsidenten ernannt und leitet das *Public Health Service Commissioned Corps* (PHSCC), eine uniformierte Überwachungsbehörde für das Gesundheitswesen.

Erst Anfang beziehungsweise Mitte der 1960er Jahre kamen erneut zwei bahnbrechende Studien heraus. Sie waren die eigentlichen Wendepunkte für eine seitdem anhaltende wissenschaftliche und öffentliche Debatte über das Rauchen. 1962 erschien der britische *Smoking and Health Report* des *Royal College of Physicians*; zwei Jahre später folgte ein Bericht des *U.S. Surgeon General* unter demselben Titel (Royal College of Physicians 1962; U.S. Department of Health, Education and Welfare 1964). Schon die britischen Wissenschaftler hatten in ihren Aussagen nichts an Deutlichkeit zu wünschen übrig gelassen:

»Cigarette smoking is the most likely cause of the recent world-wide increase in deaths from lung cancer[...] that it is an important predisposing cause of the development of chronic bronchitis[...] increases the risk of dying from coronary heart disease.« (Royal College of Physicians 1962: 43)

Zur Bekämpfung des Tabakqualms forderte das *Royal College of Physicians* schon im Jahre 1962 einschneidende Maßnahmen: Einschränkungen für Raucher in der Öffentlichkeit, strenge Regelungen zur Tabakwerbung, Erhöhung der Steuern sowie eine deutliche Warnung der Allgemeinheit durch eine umfassende Aufklärungskampagne. Die Empfehlungen beeinflussten die britische Tabakpolitik für die nächsten 25 Jahre; sie nahm damals im internationalen Maßstab eine Pionierstellung ein. Durch die Impulse aus Großbritannien, dessen Gesundheitssektor in den USA lange Jahre als vorbildlich galt, und durch den genannten Report von 1964 verlagerte sich der

Schwerpunkt der Forschungen und Debatten aus Europa in die USA. Dort zeigte sich von Anfang an, wie hart der Kampf um das Rauchen beziehungsweise die Anerkennung seiner Gefährlichkeit in den folgenden Jahrzehnten geführt werden musste.

Der amerikanische *Smoking and Health Report* war zunächst eine Reaktion auf den gleichnamigen Bericht aus Großbritannien. Motiviert durch die Erfolge ihrer britischen Kollegen hatten US-Forscher den Präsidenten John F. Kennedy davon überzeugt, eine ähnliche Untersuchung über das Rauchen in Auftrag zu geben. Nur dem persönlichen Einsatz des Präsidenten war es zu verdanken, dass der Kongress Mittel für eine derartige Studie bewilligte. Gegen massivste Widerstände der gerade im US-Kongress sehr einflussreichen Tabaklobby setzte Kennedy das *Advisory Committee on Smoking and Health* durch. Dessen Arbeit wurde zudem erheblich behindert. Die Experten, die das Komitee zur Mitarbeit oder bei Hearings einlud, mussten vom *Tobacco Institute* bestätigt werden, einer Organisation der Tabakindustrie, die Public Relations und Lobbyarbeit zur Förderung des Zigarettenrauchens betrieb. Erst im Januar 1964, nach der Ermordung des Präsidenten, stellte das Komitee seine Forschungsergebnisse vor: Danach war Zigarettenrauchen kausal verbunden mit Lungenkrebs. Außerdem existierte ein enger Zusammenhang mit weiteren Tumorarten, etwa Mund- und Kehlkopfkrebs. Rauchen war außerdem die bedeutsamste Ursache für chronische Bronchitis. Allein bis zum Ende der 1980er Jahre folgten Tausende weiterer Studien zu den schädlichen Folgen des Tabaks, darunter allein 17 weitere Grundsatzstudien des *U.S. Public Health Service.* Im Jahre 1982 nannte der *U.S. Surgeon General* Charles Everett Koop (geboren 1916) folgerichtig das Zigarettenrauchen »the chief, single, avoidable cause of death in our society and the most important public health issue of our time« (U.S. Department of Health and Human Services 1982: 11).

Von der Empfehlung des *Royal College of Physicians* bis zu diesem Statement waren immerhin 28 Jahre vergangen. Erst diese bis dahin unerhört eindeutige Aussage eines führenden US-Gesundheitspolitikers schloss jenen Wandel in der Bewertung des Rauchens ab, der sich nach dem Zweiten Weltkrieg vollzogen hatte. Das Jahr 1982 markierte daher eine entscheidende Wende in der amerikanischen Tabakpolitik. Diese wirkte sich in den nun folgenden, konkreten Maßnahmen gegen das Rauchen nicht nur national, sondern auch international aus, etwa auf die Bundesrepublik Deutschland. Dort gab es mithin keine Kontinuität in Tabakforschung und -politik zwischen der Vor- und Nachkriegszeit. Wie in vielen anderen Be-

reichen wurden auch Erkenntnisse und Maßnahmen über beziehungsweise gegen das Rauchen nach den 1950er Jahren nach Westdeutschland reimportiert.

Bis zur Erkenntnis, dass die Regierungen mit wirksameren Maßnahmen gegen das Rauchen vorgehen mussten, hatte die Debatte über die Gefahren bereits die Konsumstrukturen verändert. Dieser Wandel beruhte, neben dem persönlich motivierten individuellen Ausstieg aus der Sucht, überwiegend auf freiwilligen Maßnahmen der Zigarettenindustrie und war durchaus ambivalent einzuschätzen. Die erste Welle medizinischer Kritik, die in den 1950er Jahren (wieder) eingesetzt hatte, brachte eine wichtige Veränderung – die Leichtzigarette – auf den Markt. Seit den frühen 1960er Jahren wurden die Zigaretten immer »leichter«, das heißt der gemessene Anteil von Teer und Nikotin im Zigarettenrauch sank. Zigaretten, die um 1960 noch als leicht galten, gehörten knapp 30 Jahre später zu den stärksten Tabakerzeugnissen überhaupt. Seitdem kamen immer neue teer- und nikotinarme Spezialsorten auf den Markt. Dieser Trend bedeutete aber keineswegs, dass Rauchen insgesamt gesünder wurde. Denn Raucher kompensierten die fehlenden Nikotinwerte der Leichtzigaretten durch eine Erhöhung des durchschnittlichen Verbrauchs. Gut sichtbar war dieser Trend in Westdeutschland, wo sich die Leichtzigaretten seit den frühen 1960er Jahren besonders rasch ausbreiteten. In der Folge erhöhte sich zwischen 1960 und 1979 die Gesamtzahl der Raucher zwar nur geringfügig, aber der Konsum verdoppelte sich insgesamt von 77,7 auf 141 Milliarden Stück im Jahr. Die Raucher steigerten so ihren individuellen Verbrauch von 11,3 auf 21 Zigaretten täglich (Merzdorf 1982: 82). Es ist zu vermuten, dass diese Steigerung durch einen schrecklichen Irrtum der Raucher verursacht wurde. Sie glaubten offenbar, leichtere Zigaretten wären der Gesundheit weniger abträglich als starke. Dabei hatte sich längst erwiesen, wie tödlich dieser Irrtum war. Beim Zusammenhang zwischen Rauchen und Mortalität kam es nämlich nur auf zwei Faktoren wirklich an: Erstens, ob überhaupt geraucht wurde, und zweitens auf die Zahl der im Durchschnitt täglich verbrauchten Zigaretten, gleichgültig, wie stark oder schwach diese waren (U.S. Department of Health, Education and Welfare 1979b: 5/16, 5/17).

Die Leichtzigarette war jedoch noch aus anderen Gründen ein dubioser Fortschritt. Sie ermöglichte zum Beispiel ein tieferes Inhalieren des Rauches, denn Zigaretten wurden seit den 1960er Jahren immer dünner und länger. Es wurde länger an einer einzigen Zigarette geraucht, deren Rauch

zudem kühler, also besser zu inhalieren war als der von stärkeren Marken. Im Vergleich zu starken oder filterlosen Erzeugnissen nahm man mit den soften Zigaretten höhere Mengen Teer und Nikotin auf. Die Leichtzigarette führte dazu, dass Raucher sprichwörtlich »eine Zigarette mit der vorangehenden ansteckten«. Hinzu kam eine weitere, wahrscheinlich von der Industrie gewollte Gefährdung: Die Leichtzigarette war eine wirkungsvolle Einstiegsdroge für Frauen und Jugendliche (Elliot 2008: 145ff.).

Eine wichtige wissenschaftliche Errungenschaft seit den 1950er Jahren waren terminologische Festlegungen, zum Beispiel das sogenannte Raucherrisiko. Setzte jemand bereits im Jugendalter mit dem Rauchen ein, war die Gesamtmenge der aufgenommenen Schadstoffe größer als bei einem späteren Einstieg. Eine ansonsten gesunde Lebensweise, etwa körperliche Aktivität, schien sich positiv für die Nikotinabhängigen auszuwirken. Genetische Anlagen, Krankheiten oder weiterer Suchthabitus dagegen konnten sie zusätzlich belasten, so auch Stress und Umweltschäden. Über die Wechselwirkungen von Umweltgiften mit dem Zigarettenrauch war zunächst noch wenig bekannt. Schon seit den späten 1970er Jahren galt immerhin das Zusammenwirken von Alkohol und Tabakrauch bei der Entstehung von Kehlkopfkrebs als erwiesen, ebenso für Frauen das erhöhte Herzinfarktrisiko, wenn sie zugleich rauchten und empfängnisverhütende Medikamente einnahmen (U.S. Department of Health, Education and Welfare 1979a: 7/1–7/25, 12/1–12/91).

Das Raucherrisiko benannte im Grunde nur die Wahrscheinlichkeit, als Nikotinkonsument gegenüber den Nichtrauchern häufiger gesundheitliche Schäden davonzutragen. Die tragischste Konsequenz des Rauchens war und ist eine deutlich verkürzte Lebenserwartung, aber andere Krankheiten und Behinderungen kommen hinzu: das allgemein erhöhte Krankheitsrisiko, die höhere Bettlägerigkeit und die Überschussmortalität von Rauchern. Sie sterben sozusagen unnötig öfter als Nichtraucher, und dies durch die direkten und indirekten Folgen des Tabakgenusses. Das Raucherrisiko wurde seit den 1950er Jahren durch epidemiologische Studien abgeschätzt. Sie erhoben unter anderem folgende Faktoren: Ob die Betroffenen geraucht hatten oder nicht, wie stark ihr Konsum gewesen war, und weitere sozialökologische und biografische Faktoren wie die Dauer des Rauchens, das Lebensalter beim Beginn, Wohnweisen, Arbeitssituation, Geschlecht und Vorerkrankungen.

Die bis zum Ende der 1980er Jahre bedeutsamsten Studien waren: eine Erhebung an 34.000 Ärzten in Großbritannien zwischen 1951 und 1971,

die unter der Leitung von Richard Doll durchgeführt wurde; die Studie unter der Leitung von Eugene Rogot an 290.000 amerikanischen Weltkriegsveteranen, begonnen 1954, Laufzeit 13 Jahre; die Untersuchung von Hammond an 440.000 Männern und 562.000 Frauen aus 25 Staaten der USA, Laufzeit 1960 bis 1972; eine Enquête von Cederlöf, Friberg, Hrubec und Lorich – von 1963 bis 1973 wurden dabei die Gewohnheiten von 27.000 Männer und 28.000 Frauen in Schweden statistisch erfasst –; und die sogenannte *Hirayama-Studie.* Sie begann 1966 an 122.000 Männern und 143.000 Frauen in Japan und dauerte acht Jahre (Doll/Hill 1950; Doll/Hill 1952; Doll/Hill 1956; Doll 1998; Rogot 1974; Hammond/Horn 1954; Cederlöf 1975; Hirayama 1980).

Diese Studien fasste der international maßgebliche *Smoking and Health Report* des *U.S. Surgeon General* im Jahre 1979 erstmals publikumswirksam zusammen. Der Report war eine entscheidende Wende in der Einschätzung des Rauchens durch die amerikanische und später internationale Öffentlichkeit. Noch bis zum Ende der 1970er Jahre hatten die Lobbys von Tabakerzeugern und -industrie systematisch die Kausalität von Rauchen und erhöhter Morbidität und Mortalität bestritten. Von ihnen engagierte PR-Agenturen und Wissenschaftler konnten bis dahin behaupten, bislang unbekannte Faktoren wären für Krankheiten und früheren Tod unter den Rauchern verantwortlich. Seit dem *Smoking and Health Report* gab es jedoch einen durch die Regierung veröffentlichten wissenschaftlichen Konsens über zentrale, von den Anhängern des Rauchens nicht mehr zu widerlegende statistische Zusammenhänge zwischen Rauchen und Gesundheitsgefahren: Rauchen erhöht generell das Mortalitätsrisiko; die Mortalitätsraten sind umso höher, je früher eine Person im Lebenszyklus mit dem Rauchen beginnt; je stärker geraucht wird, desto geringer ist die statistische Lebenserwartung; Raucher sterben signifikant häufiger an Erkrankungen der Herzkranzgefäße; mit dem Ausmaß des Rauchens korreliert die Sterblichkeit bei Herzkrankheiten (U.S. Department of Health, Education and Welfare 1979a: 2/16, 2/17, 2/12, 4/24). Weitere wichtige Forschungsresultate, die der *Smoking and Health Report* zusammenfasste, waren: Gefäßkrankheiten wie die Arteriosklerose treten bei Rauchern doppelt so oft wie bei Nichtrauchern auf; Raucher leiden beziehungsweise sterben signifikant häufiger an bösartigen Tumoren von Lunge, Kehlkopf, Mundhöhle, Speiseröhre, Blase, Niere und Magen; Tabakraucher sterben signifikant öfter an Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren sowie an Bronchitis und Lungenemphysem; es korrelieren die Todesfälle bei Lun-

genkrebs mit Einstiegsalter und Inhalationstiefe (ebd.); Rauchen und das Ausmaß der Luftverschmutzung verstärken sich in ihrer schädlichen Wirkung gegenseitig (vergleiche U.S. Department of Health, Education and Welfare 1984).

Bis zur Jahrtausendwende hatten sich die direkten und indirekten Gesundheitsgefahren durch Rauchen in Forschung und öffentlicher Wahrnehmung zu einem regelrechten Horrorkabinett erweitert. Das (regelmäßige) Einatmen von Tabakrauch führt mit hohen Wahrscheinlichkeiten zu Asthma, Potenzstörungen bis hin zur Impotenz, Schlaganfällen, arteriellen Verschlusskrankheiten wie Raucherbeinen, chronischer Bronchitis, Lungenemphysemen, COPD, Leberzirrhose, Magen-Darm-Geschwüren, Parodontitis, allgemeinen Schwächungen des Immunsystems und damit höherer Anfälligkeit für Infektionskrankheiten von Grippe bis zu AIDS, vorzeitiger Hautalterung und altersbedingter Makuladegeneration (die häufigste Ursache für Erblindung in Europa). Schließlich verringert Rauchen langfristig und irreversibel die Leistungsfähigkeit des Gehirns (Jacobsen 2005: 56ff.). Geschätzt wurde, dass allein im 20. Jahrhundert in den USA mindestens zehn Millionen Menschen an Krankheiten verschieden waren, die auf das Rauchen zurückführbar waren. Eine wichtige Todesursache war dabei der Lungenkrebs. Er war bis etwa 1900 faktisch noch unbekannt gewesen. Lungenkrebs fand daher auch erst spät das Interesse der medizinischen Wissenschaft (ein früher Vorläufer war Adler 1912).

Die Tabelle IX im Anhang verdeutlicht diese Zusammenhänge. Zum Ende der 1980er Jahre war der Lungenkrebs zur häufigsten malignen Tumorerkrankung in den USA und in Großbritannien geworden. Die Kosten für das Gesundheitssystem beziehungsweise für die Allgemeinheit waren entsprechend hoch. Im Jahre 1990 wurden für die USA die Gesamtkosten des Rauchens (durch die notwendige medizinische Behandlung, für Versicherungen und als Ausfall wirtschaftlicher Produktivität) auf 52 Milliarden Dollar oder 221 Dollar jährlich pro Einwohner geschätzt. Die Anti-Raucher-Gruppe *Action on Smoking and Health* bezifferte die entsprechenden Schäden sogar auf etwa 100 Milliarden Dollar jährlich (*New York Times* vom 21. Februar 1990).

Die Debatte um das Rauchen beschränkte sich in den USA jedoch nicht auf die allgemeine Bedrohung der Gesundheit, sondern bezog auch die besondere Situation von Minderheiten, Frauen und Unterschichten mit ein. Schwarze Amerikaner hatten dabei die höchsten Morbiditäts- und Mortalitätsraten überhaupt, besonders bei Lungenkrebs und Herz-Kreis-

lauf-Erkrankungen. Im Jahre 1983 lag die Sterblichkeit an Lungenkrebs bei schwarzen um 44 Prozent über der von weißen Männern. Nach einer Gallup-Studie aus dem Jahre 1987 rauchten 39 Prozent der schwarzen, aber nur 30 Prozent der weißen Amerikaner. Außerdem war der zeitgleiche Trend zum Ausstieg aus der Nikotinsucht bei Letzteren deutlicher ausgeprägt. Die höhere Verbreitung des Rauchens und die geringere Bereitschaft auszusteigen korrelierten mit niedriger Bildung und geringerem Einkommen. Afro-Amerikaner gehörten zu einer mehrfach benachteiligten Gruppe.

Organisationen, die das Rauchen und die Tabakindustrie bekämpften, behaupteten sogar, dass die Großkonzerne gezielt um Schwarze als Konsumenten warben. Anfang der 1990er Jahre zum Beispiel versuchte die *R.J. Reynolds Tobacco Company* offensichtlich, eine neue Mentholzigarette (*Uptown*) speziell für die schwarze Bevölkerung auf den Markt zu bringen. Ihre Einführung wurde durch einen Proteststurm verhindert: Der damalige Gesundheitsminister wie auch die *American Cancer Society* und die *National Association for the Advancement of Colored People* (NAACP) wandten sich scharf gegen Zigarettenmarken, die sich in Geschmack oder Werbung speziell auf Minderheiten ausrichteten.. Hinter *Uptown* steckte das Bestreben der Industrie, langfristig ihren Absatz zu sichern. Da die weiße Ober- und Mittelschicht zunehmend das Rauchen aufgab, war man bemüht, zumindest bei den schwarzen Unterschichten die Nachfrage stabil zu halten.

Ausgangspunkt für die gezielte wissenschaftliche Befassung mit dem Zigarettenkonsum von Frauen waren wiederum Berichte des *Royal College of Physicians* beziehungsweise des *U.S. Surgeon General*, die aus den Jahren 1977 beziehungsweise 1980 stammten (Royal College of Physicians 1977; U.S. Department of Health and Human Services 1980). Der weibliche Tabakgenuss wurde erst spät zu einem gesonderten Forschungsbereich. Ein Grund dafür waren epidemiologische Verzögerungen; Frauen hatten bis in die 1960er Jahre hinein seltener als Männer geraucht. Daher waren ihre Morbiditäts- und Mortalitätsraten deutlich niedriger als die der Männer gewesen. Noch 1950 war von zwölf Lungenkrebstoten nur eine weiblich gewesen. Bis in die 1980er Jahre hinein glaubte man sogar, daraus auf eine höhere Immunität der Frauen gegen jene Krankheiten schließen zu können, die durch Tabak verursacht wurden. Diese Vorstellung wurde seitdem gründlich widerlegt: Waren um 1950 rund zehn Prozent der an Lungenkrebs verschiedenen Patienten weiblich, so erhöhte sich diese Quote bis 1980 auf über 25 Prozent.

Seitdem stieg die Prävalenz von Lungentumoren unter Frauen stärker an als unter Männern. Schon zu Beginn der 1990er Jahre gab es in den USA mehr Frauen, die an Lungen- als an Brustkrebs starben. Wahrscheinlich war die verzögerte Verbreitung von Tumoren und Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen nur die Auswirkung einer rund 25-jährigen epidemiologischen Verspätung (Leichter 1991: 107f.). *Gender*-Forscher vermuten seit langem eine Beziehung zwischen den Veränderungen beim Tabakkonsum und den gesellschaftlichen Frauenrollen. Dabei galt Rauchen als weibliche Antwort auf die spezifische Stresssituation, in der sich Frauen in Beruf und Alltag, verglichen mit Männern, angeblich befanden. Kritiker dagegen argumentierten, dass Frauen, wenn sich Frauen eben so unbedacht wie Männer verhielten, dann auch deren Krankheiten bekämen (Elliot 2008: 111ff.).

Seit den späten 1970er Jahren war aber nicht nur gesichert, dass Rauchen die Abhängigen selbst schädigt. Weitere negative Wirkungen ergaben sich aus der Entdeckung der Wirkungen des *Nebenstromrauches.* Denn Raucher selbst inhalieren nur rund ein Fünftel bis ein Viertel jener Rauchmenge, die eine Zigarette abgibt. Der Nebenstromrauch ist zudem schadstoffreicher – bei Benzpyren um das 3,4-Fache, bei den hochkanzerogenen Nitrosaminen sogar 50-mal so hoch. Ein Nichtraucher, der sich im selben Raum aufhält, atmet wahrscheinlich die gleiche Menge an Nitrosaminen wie der Raucher selbst ein. Erstaunlich ist angesichts der extremen Konzentration von Schadstoffen in der Rauchluft, dass sich zum Beispiel die deutsche Öffentlichkeit über diese Substanzen in anderen Zusammenhängen erregte. Nitrosamine im Bier wurden reduziert – obwohl die dort erreichten Konzentrationen weit unter jenen in der vom Zigarettenrauch geschwängerten Raumluft lagen. Um 1980 waren mindestens 40 weitere krebserregende Stoffe im Nebenstromrauch nachgewiesen. Bei Messungen erwies sich, wie sehr in vielen Fällen in Büros und Gaststätten die Grenzwerte überschritten wurden, die allgemein in der Raumluft als Gesundheitsgefährdung galten (Schmidt 1982: 101). Das von den Rauchern freigesetzte Kohlenmonoxid bedrohte besonders die Gesundheit von chronisch Kranken und Kindern. Schließlich waren auch die Gefahren durch das Rauchen für Säuglinge und Embryonen erwiesen: Morbidität, Mortalität und Entwicklungsschäden waren signifikant höher als bei Eltern beziehungsweise Müttern, die keine Zigaretten verbrauchten (U.S. Department of Health, Education and Welfare 1979a: 8ff.). Ausgehend von den USA

hatte sich so in knapp 30 Jahren das einstmals positive Bild des Rauchens vollkommen gewandelt.

14. Die ersten Lebensmittelskandale

Die moderne Ernährung hatte sich in der Zwischenkriegszeit in den USA entwickelt und von dort nach dem Zweiten Weltkrieg international verbreitet. Auch die Kritik an der Industriekost setzte wiederum zuerst in Amerika ein. Seit dem Ende der 1950er Jahre zeigten sich erste Verwerfungen in der Schönen Neuen Welt der angeblich so gesunden, vorfabrizierten und verbraucherfreundlichen Lebensmittel. Dies lag zum einen an einer kulturkritisch beeinflussten Wendung gegen den *American Way of Life.* Autoren wie Betty Friedan oder Vance Packard setzten sich kritisch mit der Welt der Vorstädte auseinander (Packard 1957; Friedan 1963; Goldstein 1992: 54–71). Zum anderen machte sich eine neuartige Skepsis gegenüber dem gesundheitlichen Wert der Industrieprodukte breit. Seit der Novellierung des *Food and Drug Act* 1938 war die US-Regierung in Ernährungsfragen untätig gewesen. Die FDA war in der Ära Eisenhower eher ein Partner der Industrie als ein Überwachungsorgan. Ihre Führung war ebenso wie die Industrie begeistert von den Möglichkeiten, welche die Chemie inzwischen bereitstellte. Auch der US-Kongress ignorierte zwischen 1952 und 1957 die Anträge des Abgeordneten James Delaney (1901–1987), die Lebensmittelindustrie gesetzlich dazu zu verpflichten, die Unschädlichkeit chemischer Beimischungen nachzuweisen (Belasco 1989: 15ff.).

Plötzlich jedoch veränderte sich 1958 die gesellschaftliche Stimmung. Damals berichtete ein führender Wissenschaftler des *National Cancer Institute* über neue Forschungsergebnisse. Mehrere chemische Zusätze in Lebensmitteln standen unter dem Verdacht, beim Menschen Krebs auszulösen. Der Skandal fand ein breites Echo in der Öffentlichkeit. Gleichwohl war es nach Aussagen von Delaney nicht der Skandal selbst, der Gesetzesänderungen zustande brachte, sondern der Hollywood-Star Gloria Swanson (1899–1983). Ihre große Medienwirkung half dem *Delaney Amendment* zum *Food and Drug Act* durch den Kongress. Swanson, eine Anhänge-

rin der Gesundheitsbewegung seit den 1920er Jahren, überzeugte die Ehefrauen der Parlamentarier von der Notwendigkeit, chemische Zusätze in der Nahrung auf ihre Schädlichkeit hin testen zu lassen. Das Amendment führte eine Prüfpflicht für bisher noch nicht verwendete Substanzen ein; bis 1960 musste zudem die Unbedenklichkeit der bisher üblichen Zusatzstoffe erbracht werden.

Die meisten Vertreter des produzierenden Gewerbes erkannten die langfristigen Vorteile dieser Regelung. Eine Minderheit versuchte jedoch weiterhin, die wissenschaftlichen Tests zu behindern. Dabei bildete sich ein Argumentationsmuster heraus, das auch in der Debatte um das Rauchen bedeutsam wurde. Nach den damaligen Standards der experimentellen Physiologie war nur durch Tierversuche der Nachweis möglich, ob eine Substanz schädlich war ohne nicht. Einige Vertreter von Industrieinteressen bestritten daher deren prognostische Qualität. Die Körper von Ratten und Menschen wären zu verschieden, als dass Schlüsse auf die Schädlichkeit von Substanzen für beide Spezies zulässig wären. Zusatzstoffe wären nach dieser Logik grundsätzlich unschädlich; zumindest wäre das Gegenteil nicht beweisbar.

Nur ein Jahr nach dem *Delaney Amendment* gerieten die Pestizide in den Blickpunkt. Dies war ein direktes Ergebnis der Novelle gewesen, denn sie hatte die FDA mit größeren Kompetenzen ausgestattet. Durch die Kontrollen wurde im Herbst 1959 ein kanzerogenes Herbizid in Preiselbeeren nachgewiesen. Die kontaminierten Früchte wurden vom Markt genommen. Trotz der Zusicherung der FDA, dass alle übrigen Preiselbeeren giftfrei wären, verzichteten beim Erntedankfest 1959 Millionen auf die übliche Garnitur ihres Truthahnbratens – ein höchst symbolischer Akt. Danach kam es noch schlimmer: Einige Wochen später zeigten Versuche an Ratten, dass einige der am meisten verwendeten Lebensmittelfarben Krebs erzeugten. Der Sommer 1961 schließlich brachte *Before Silent Spring*, eine bahnbrechende Studie von Rachel Carson (1907–1964) über die verheerenden (ungewollten) Wirkungen von Pestiziden und Additiven bei Pflanzen, Tieren und Menschen (Carson 1961). Das Resultat all dieser Skandale war, dass sich die lange passiv gebliebene Verbraucherbewegung wieder formierte. Die FDA wurde mit Forderungen überschwemmt, Kennzeichnungspflichten für alle Zusatzstoffe in der Industrieproduktion von Lebensmitteln einzuführen.

Studien, die auf die *Framingham-Untersuchung* gefolgt waren, zeitigten Resultate. Erstmals griff 1961 die Furcht vor Cholesterin um sich, womit eine

neue Stufe in der Eskalation von Ernährungsängsten erreicht war: Nun schien es so, als wäre selbst die bis dahin als gesund empfohlene Kost tödlich. Ein großer Teil dessen, was Experten für wertvoll gehalten und sich Gesundheitsbewusste zu verbrauchen angewöhnt hatten – Milch, Butter, Käse und Rindfleisch –, enthielt Substanzen, die Herzinfarkte und Schlaganfälle auslöste. Die Horrormeldungen beruhten auf Forschungen, die für sich genommen nicht neu waren. Seit den frühen 1950er Jahren hatten mehrere Ernährungsstudien die Risiken einer übermäßigen Aufnahme von tierischen Fetten aufgezeigt; der Wert dieser Studien wurde jedoch vom wissenschaftlichen und industriellen Establishment angezweifelt (Hall 1974: 247f.). Die Furcht vor dem todbringenden Cholesterin kam deshalb so rasch auf, weil die Produzenten von Pflanzenöl und Margarine nun die Studien nutzten, um für ihre Erzeugnisse zu werben. Niemand sollte die Botschaft verpassen: Margarine war gesünder als Butter! Schon bald füllten sich in den USA die Regale der Supermärkte mit Dressings, Mayonnaisen, Ölen und Backwaren, die mit immer höheren Anteilen ungesättigter Pflanzenöle warben. Innerhalb nur eines Jahres, von 1961 auf 1962, gaben 22 Prozent der Verbraucher in Umfragen an, ihre Ernährung wegen der Cholesteringefahr umgestellt zu haben.

Gegen Ende der 1950er Jahre änderte sich das weibliche Körperideal ein weiteres Mal: Die schlanke Linie wurde wieder en vogue. Zwar waren die entsprechenden Diätpläne niemals ganz verschwunden, aber speziell bei der im doppelten Sinne umfangreichen US-Mittelschicht waren die Frauen bis in diese Dekade zumeist mit ihrem Gewicht zufrieden gewesen. Zudem war bis dahin kaum bekannt, dass (starkes) Übergewicht ein erhebliches Gesundheits- beziehungsweise Mortalitätsrisiko bildet (Wyden 1965: 15).

Derartige gesundheitliche Erwägungen waren jedoch nicht maßgeblich für den wieder einsetzenden Trend zum freiwilligen Fasten. Die schlanke Linie kam aus der Modewelt und ging mit einer neuen Welle der Emanzipation der Frauen einher. Die Schlankheitswelle war mit einer neuen Generation von Models verbunden, etwa mit Suzy Parker (1932–2003). Sie unterschied sich in ihrer Statur deutlich vom bis dahin vorherrschenden, fülligen Frauentypus, den Marilyn Monroe präsentiert hatte. Schlagartig veränderte sich daher der Inhalt der Frauenzeitschriften: Nun wurden Diäten nach der Mode zum zweitwichtigsten Thema. Außerdem verdreifachte sich zwischen 1959 und 1961 der Umsatz von Sodiumcyclamat, einem künstlichen Süßstoff. Im selben Zeitraum verdoppelten sich weiter-

hin die Verkaufszahlen von Produkten, die mit einem niedrigen Kaloriengehalt warben. Nun wurde speziell auf Schlankheit ausgerichtete Kost entwickelt. Die Firma Mead und Johnson bot Metrecal an, eine aus der Babynahrung weiterentwickelte kalorienarme Vollnahrung für Erwachsene. Das Pulver wurde in ein Glas Milch gemischt und war erstaunlich sättigend. Zudem kamen damals unzählige Diätkochbücher neu auf den Markt (Schwartz 1986: 198).

Anfang der 1960er Jahre veränderte sich die Einstellung der US-Verbraucher zu chemischen Produkten – mochten diese wie Pestizide während der Erzeugung eingesetzt oder den Produkten – wie Speisefarben – später zugefügt worden sein,. Die Chemikalie, die die stärkste Aufmerksamkeit erregte, war DDT. Es wurde erstmals 1874 synthetisiert, aber es dauerte noch bis 1939, bis man seine Wirkung als effektives Pestizid verstand. Der Schweizer Paul Müller (1899–1965), der die schädlingsbekämpfenden Wirkungen entdeckt hatte, erhielt dafür sogar 1948 den Nobelpreis. In dieser Funktion wurde der Einsatz von DDT von der US-Armee gefördert. Sie suchte nach Mitteln gegen die Malaria, deren Erreger auf den Schlachtfeldern des Zweiten Weltkrieges oft endemisch waren. 1942 wurde DDT an Freiwilligen getestet, die sogar große Mengen der Substanz tranken, angeblich ohne negative Folgen. Bei Kriegsende wurde die Verwendung von DDT in der Landwirtschaft forciert.

Als das *Delaney-Komitee* 1950 die Überprüfung der langfristigen Folgen des Pestizids verlangte, blockte dies eine Lobby aus Wissenschaft und Agrarinteressen ab (U.S. House of Representatives, Select Committee to Investigate the Use of Chemicals in Food Products 1951: 90f.). Im Jahr darauf stellte das *Food Protection Committee* im NRC weitreichende Behauptungen auf: Rückstände von DDT oder überhaupt von Pestiziden in der menschlichen Kost wären unbedenklich; und ohne deren Einsatz könnten die USA ihre Bevölkerung nicht mehr ernähren! Im Jahre 1954 veröffentlichte der Chef-Toxikologe des *Public Health Service* eine Studie, nach der DDT in jeder amerikanischen Mahlzeit nachweisbar wäre. Dies wäre jedoch vollkommen unschädlich, da die Mengen weit unter dem lägen, was Freiwillige in Versuchen zu sich genommen hätten. Die Studie wies zudem nach, dass sich DDT in Fett anreicherte; wohlgemerkt angeblich nur im Fett der Lebensmittel, nicht im menschlichen Körper!

Die Anreicherung im Fett hatte auch Rachel Carson untersucht. Ihr gelang dabei der Nachweis einer Ansammlung von DDT und anderer Pestizide im menschlichen Fettgewebe. Dieses erschreckende Resultat veröf-

fentlichte Carson in einer Reihe von Artikeln und schließlich in *Before Silent Spring*. Sie wies einen verhängnisvollen Prozess nach: Substanzen wie das DDT und die damals neuartigen Chemiedünger gelangten nicht nur in die Lebensmittel, sondern auch ins Grundwasser, ja, in die gesamte Umwelt und schließlich auch in den menschlichen Körper. Hier wurden sie aber nicht einfach wieder ausgeschieden, sondern sammelten sich im Fettgewebe an. Dadurch schädigten sie den menschlichen Organismus auf die gleiche Weise, wie sie es schon bei anderen Lebewesen getan hatten. Jene Pestizide, Herbizide und Fungizide, welche die Landwirtschaft nach dem Zweiten Weltkrieg so nachhaltig veränderten, erwiesen sich mithin als *elixirs of death*. Allein die Vergiftung durch Pestizide, so Carson, erreichte ein Vielfaches von dem, wovon frühere Giftmischer, wie die Borgia, jemals zu träumen gewagt hatten (Carson 1961: 15, 157).

Die Studie von Carson löste ein großes publizistisches Echo aus. Zeitschriften wurden mit Leserbriefen überschwemmt. Die Interessenvertreter von Landwirtschaft und chemischer Industrie lancierten eine Kampagne gegen Carson. Artikel in Massenmedien wie *Time* oder *Reader's Digest* griffen ihre Methoden und Resultate als unwissenschaftlich an. Umweltaktivisten wurden als Scheinexperten diffamiert, denen menschliches Leid gleichgültig wäre, solange die Umwelt nur ihren ästhetischen Ansprüchen genügte. Nicht die Ästhetik, sondern die menschliche Not stand nach dieser Sicht ganz im Mittelpunkt des Handelns von Farmern und Chemikern; sie hätten die US-Bürger und weite Teile der Weltbevölkerung durch die neuen Techniken zu den am besten ernährten Personen in der Geschichte der Menschheit gemacht.

Trotz der hohen Aufmerksamkeit veränderte *Before Silent Spring* kaum die Ernährung in den USA. Das Buch befasste sich überwiegend mit den Folgen der hoch technisierten Landwirtschaft für die (wilde) Tierwelt – der Umweltgedanke war in den frühen 1960er Jahren erst rudimentär entwickelt. Zudem wirkten die Kampagnen von Industrie- und Farmerlobby, zumal es von wissenschaftlicher Seite gelang, einzelne Resultate Carsons zu relativieren. Immerhin forderte ein Kongress-Ausschuss, den Kennedy installiert hatte, in seinem Abschlussbericht im August 1963, die Forschung über die Folgen des Chemieeinsatzes erheblich auszuweiten. Das US-Landwirtschaftsministerium sorgte jedoch dafür, dass dies der Farmer- und Chemielobby selbst überlassen blieb. Deren Sieg erwies sich jedoch als zweischneidig, denn mittelfristig erhöhte die Ignoranz gegenüber jeder Kritik nur das Misstrauen bei den Verbrauchern. Dies erwies sich bald in

einem weiteren großen Skandal. 1967 stellte sich heraus, dass Fisch aus den Großen Seen hochgradig mit Quecksilber belastet war, regelmäßiger Verzehr war für Menschen lebensgefährlich. Eine Folge des neuen Skandals war ein weiterer Vertrauensschwund in die Erzeugnisse der *Agro-Industrie.* 1969 waren bereits 60 Prozent der Befragten davon überzeugt, dass agrartechnische Chemikalien, selbst vorsichtig angewandt, ein Gesundheitsrisiko darstellten (National Analysts, Inc. 1972: Table 22).

Die Entdeckungen von Carson beförderten daher mittelfristig doch eine Konjunktur der Naturkost. Das neue Etikett war dabei *Organic Food.* Die Semantik war eine Erfindung von Jerome Irving Rodale (1898-1971), der 1940 in Emmaus, Pennsylvania, mit Experimenten begonnen hatte, Lebensmittel ohne die damals empfohlenen Chemikalien zu erzeugen. Die publizistische Tätigkeit Rodales war bis zur Mitte der sechziger Jahre noch ganz auf die damals kleine Szene der Gesundheits- und Ernährungsreformer beschränkt geblieben. Erst die schon geschilderten Skandale und die Unfähigkeit des Landwirtschaftsministeriums, Alternativen zum Einsatz von Chemikalien aufzuzeigen, beförderten die Verbreitung seiner Ideen. Anfang der 1970er Jahre verkaufte Rodale monatlich über zwei Millionen Exemplare der Zeitschrift *Prevention* (Deutsch 1977: 305ff.).

Rodale stützte zwar publizistisch die Versuche, Lebensmittel ohne Einsatz von Pestiziden, Fungiziden, Herbiziden, Wachstumsbeschleunigern oder chemischem Dünger auf den Markt zu bringen. Er blieb aber in Bezug auf den Nährwert der Produkte – eine zentrale Komponente der Ernährungsreform 30 Jahre zuvor– vage. Rodale wusste, dass chemische Analysen keinen Unterschied in der Zusammensetzung zwischen organischen und konventionellen Produkten aufzeigten. Er konzentrierte seine Kritik daher auf die Bodenvergiftung durch die Chemie, denn sie hatte über Umwege auch Auswirkungen auf die Menschen als Endverbraucher. Diese Kritik am Gift in Umwelt und Nahrung beförderte eine neuartige Gesundheits- und Umweltbewegung. Die Lebensmittel- und Chemieindustrie reagierte, in dem sie versuchte, die Bedenken gegen chemische Fertilisatoren und Additive auf dieselbe simple Weise zu widerlegen, wie sie es schon bei den Pestiziden getan hatte: Der Einsatz von Chemie war danach eine angeblich unverzichtbare Strategie gegen den Hunger in der Welt und die Kritiker gefährdeten die Versorgungssicherheit. Allerdings war diese Argumentation wenig erfolgreich, da zu viele Lebensmittelskandale aufgedeckt wurden. Zudem konnten sich die Kritiker der Industriekost einer viel dichteren Medienlandschaft bedienen, als dies 30 Jahre zu-

vor der Fall gewesen war. Daher verbreiteten sich neben der Furcht vor Gift nun wieder die Zweifel am Wert der Erzeugnisse der *Agro-Industrie.*

Die 1960er Jahre sahen aber nicht nur den Aufstieg von seriösen Reformern. Noch aus den 1930er Jahren bekannte Quacksalber gerieten erneut ins Rampenlicht. Gayelord Hauser (1895–1984) verkaufte wieder sein *Hauser's Five Wonder Food.* Es bestand nach wie vor aus Bierhefe, Magermilch, Joghurt, Weizenkeimen und Molasse. Wieder verwies Hauser in der Werbung für sein Produkt auf die langlebige Schönheit und Gesundheit der Herzogin von Windsor, von Greta Garbo oder Barbara Hutton, der Mutter von Fred Astaire! Die Renaissance von Hauser war jedoch nur eine Lösung unter vielen, wie man mit den wieder entdeckten Defiziten der Industriekost umgehen konnte. Eine weitere Antwort stützte sich auf die wissenschaftliche Forschung und propagierte wiederum den Einsatz von Chemie.

Der eigentliche Star unter den Ernährungsgurus war damals eine studierte Ernährungswissenschaftlerin, Adelle Davis (1904–1974). Ihr bestverkauftes Buch, *Let's Eat Right to Keep Fit,* enthielt zahlreiche wissenschaftliche Belege. Zudem lehnte Davis anders als die ältere Generation der Reformer den Einsatz von synthetisch erzeugten Mitteln, etwa von Vitaminpillen, nicht kategorisch ab (Davis 1970; Davis 1972). Davis propagierte den Einsatz von Chemie im Gegenteil als unumgänglich, denn verarmte Böden und Pflanzen, denen die industrielle Verarbeitung auch noch die letzten Inhaltsstoffe entzöge, hätten Produkte in den Supermarkt gebracht, die wegen ihrer Degeneration die Ursache für die meisten Krankheiten wären. Der große publizistische Erfolg von Davis – sie verkaufte mehr als zehn Millionen Bücher – beruhte wahrscheinlich auf dem Mittelweg, den sie einschlug. Sie verband Ideen aus der Lebensreform mit damals modernsten Erkenntnissen, erwartete keine Askese und propagierte im Übrigen jene gesunde Mischkost, auf die sich die meisten Konsumenten ohnehin festgelegt hatten. Davis war seit Mitte der 1960er Jahre Dauergast in allen Fernsehshows des Landes. Allerdings galt sie unter kritischen Ernährungsforschern als »probably the most damaging single source of false nutrition information in the land« (nach Davis 1970: 203).

Ein wichtiger Trendsetter wurden damals die Gesundheitsläden. Die dort vertriebenen Erzeugnisse, vor allem Reformkost, waren allerdings zu kostspielig für die breite Masse. Die wieder aufkommende Skepsis gegenüber der Industriekost mündete daher wie schon 30 Jahre zuvor in einer weiteren *Vitamania.* Schon 1969 schluckten rund 50 Prozent der US-Bür-

ger Vitaminpillen oder andere Ergänzungsmittel zu ihrer täglichen Kost. Verbreitet waren auch wieder sogenannte Megavitaminkonzepte. Dabei wurden Vitamine in extremer Dosierung verabreicht und galten dann, je nach Art und Zusammensetzung, als Wundermittel gegen Krebs, Herz- oder Hautkrankheiten. Megavitaminkonzepte wurden außerdem von der sich damals ausbreitetenden Gruppe der Heilpraktiker, wie sie in Deutschland genannt werden, propagiert. Extreme Dosierungen von Vitaminen wurden in den 1960er Jahren sogar von seriösen Wissenschaftlern empfohlen, selbst von Nobelpreisträgern wie Albert Schweitzer und Linus Pauling.

Hohe Umsätze und Gewinne mit Vitamin- und Ergänzungspräparaten veränderten den Gesundheitsmarkt entscheidend. Unternehmen wie Merck, Pfizer und Hoffmann-La Roche machten Millionengewinne. Um das noch aus den 1930er Jahren stammende, angestaubte Image der Askese zu überwinden, mit dem Vitamine assoziiert wurden, wurde die *National Vitamin Foundation* gegründet. Sie startete 1961 eine groß angelegte Kampagne und engagierte dazu einen der bedeutendsten Ernährungswissenschaftler der Zeit, Robert Goodhart. Die traditionellen Gegner der Vitaminproduzenten, die Erzeuger nicht-angereicherter Lebensmittel, nahmen die Herausforderung an. Deren *Nutrition Foundation* startete eine Gegenkampagne, zu der ein im Oktober 1961 veranstalteter *National Congress on Medical Quackery* gehörte. Die Veranstaltung hatte tendenziell die Aufgabe, die Hersteller von Vitaminpräparaten und Nahrungsergänzungsmitteln als Quacksalber abzustempeln. Auf dem Kongress trat Leonard Larson auf, damals Präsident der AMA. Nach seinen Worten hatte sich die unseriöse Scheinmedizin in ein neues Gewand gehüllt. Sie sei vom Verkauf von Schlangenöl zu scheinbar modernen Produkten wie etwa Megavitaminpillen übergegangen.

Diese Koalition aus Ärzten und Lebensmittelindustrie fand die Unterstützung der FDA. In diversen Schriften und Statements wandte sich die Behörde gegen alle Behauptungen, nach denen die Konsumenten durch die empfohlene gesunde Mischkost wichtige Bestandteile der Nahrung entbehren müssten oder gar durch Rückstände aus Pestiziden oder Additiven Gesundheitsgefahren ausgesetzt wären (Food and Drug Administration 1969: 3956–3961).Um die *Vitamania* einzudämmen, versuchte die FDA sogar, die hoch dosierten Präparate verschreibungspflichtig zu machen. Zudem sollten alle Pillen aus dem freien Verkauf genommen werden, wenn sie pro Einheit mehr als 150 Prozent der RDA des jeweiligen Vita-

mins enthielten. Für die Patienten eines Hochdosis-Therapeuten hätte dies zum Beispiel bei einer Behandlung mit Vitamin F bedeutet, täglich bis zu 33 Tabletten zu schlucken. Gegen die Gesetzesinitiative aus dem Jahre 1967 gingen Pharmakonzerne, Einzelhandel und Vitaminfans massiv vor. Der Kongress wurde mit Eingaben bombardiert. Es folgten zwei Jahre ausgiebiger Hearings und wissenschaftlicher Expertisen. An deren Ende stand ein Unentschieden: Weder konnten die Befürworter der Megavitamintherapien deren Nutzen noch die Gegner deren Schädlichkeit beweisen. Nach den Angaben von Ronald M. Deutsch erhielt der US-Kongress 1973 mehr Zuschriften, die gegen die Regulierung von Vitaminpräparaten gerichtet waren, als zum zeitgleich ausgetragenen Konflikt um den Watergate-Skandal – bei dem es immerhin um die Amtsenthebung eines US-Präsidenten ging (Deutsch 1977: 323)!

Die Konsumentenbewegung wurde in den USA in den 1960er Jahre neben den Gefahren von Vitaminen, Pestiziden, Additiven und Quecksilber von einem weiteren Problem mit einer langen Tradition befeuert: Der Anwalt Ralph Nader (geboren 1934) – er hatte sich zu dieser Zeit bereits mit seinem Engagment um die Sicherheit in Kraftfahrzeugen verdient gemacht – wies damals unsaubere Praktiken bei den großen Fleischereien nach. Im Juli 1967 veröffentlichte Nader zusammen mit dem Journalisten Nick Kotz (geboren 1932) erstes belastendes Material. Nader begann eine Gesetzeskampagne, mit der dubiose Fleischereien und ihre Erzeugnisse unter die Aufsicht des Bundes gestellt werden sollte. Bis zum Herbst 1967 hatte Kotz Missstände in solchem Umfang aufgedeckt, dass die Fleischindustrie ihren Widerstand gegen ein Kontrollgesetz aufgab. Kotz hatte zum Beispiel aufgezeigt, dass das Industriefleisch zumeist von sogenannten 4D-Tieren (*dead, dying, diseased, disabled*) stammte. Noch nie zuvor hatte ein Gesetz, das sich mit Gesundheits- und Konsumentenfragen befasste, den Kongress nur innerhalb eines halben Jahres passiert (dazu Wellford 1972).

Nur wenige Monate später gelang der Nachweis, dass Hotdogs Rattenhaar enthielten und Muttermilch DDT. Nader sammelte nun eine Gruppe junger Juristen um sich; diese *Naderites* recherchierten die Praktiken der Lebensmittelkonzerne. Mitte 1969 hatte Nader genügend Material zusammengetragen, um vor dem *Select Committee on Nutrition and Human Needs* des US-Senates Anklage zu erheben. Nader warf den Großkonzernen vor, ihre Erzeugnisse ganz auf die Optimierung des Umsatzes auszurichten und dabei die Bedürfnisse der Verbraucher zu ignorieren. Für ihren Gewinn würden die Erzeuger alle Bedenken, die mit Blick auf Ernährungswert,

Toxizität, Krebs- und Mutationsgefahr bestünden, über Bord werfen. Babynahrung etwa würde gesüßt und eingesalzt, nicht um den Bedürfnissen der Kleinkinder entgegenzukommen, sondern um dem Geschmackssinn der Mütter zu entsprechen. Gegen diese Mafia wäre eine Aufklärung der Konsumenten und die Bekämpfung der Milliarden Dollar schweren Betrügerbanden mit ihren »massive assaults on human health such as fat content, unnecessary salt content, untested chemical additives« (Nader 1969: 3888) geboten. Weiter verlangte Nader vom Kongress strenge Gesetze zur Deklaration der Inhaltsstoffe in Lebensmitteln, erhebliche Erhöhung der Forschungsausgaben, Neuausrichtung des *U.S.-Department of Agriculture* auf die Bedürfnisse der Konsumenten und umfassende Aufklärung über die Gefahren, die von der Alltagskost ausgingen.

Der Vortrag Naders hatte bereits das Vertrauen in die Fähigkeit der Regierung erschüttert, für eine angemessene Überwachung der Lebensmittel sorgen zu können. Ein weiterer Skandal höhlte den Glauben an die Behörden dann von innen heraus aus: Am 7. Oktober 1969 verkündete der zuständige Minister Robert Finch, dass der Gebrauch von Cyclamat, einem künstlichen, kalorienlosen Süßstoff, in Lebensmitteln und Getränken künftig untersagt wäre. Cyclamat hatte unter dem Warennamen Sucaryl seit den frühen 1960er Jahren weite Verbreitung gefunden. Seit 1965 hatte die FDA Studien durchgeführt, die bei Versuchstieren, die Cyclamat verabreicht bekamen, Krebs nachwiesen. Ende 1968 zeigten sich in weiteren Versuchen genetische Defekte: Erstmals warnte die FDA nun vor dem Verbrauch von Cyclamat in hoher Dosierung. Die US-Öffentlichkeit traf allerdings ein weiterer Schock, als am 1. Oktober 1969 die FDA-Wissenschaftlerin Jacqueline Verrett vor die Kameras der NBC-Abendnachrichten trat: Sie beschrieb schreckliche Deformationen bei Hühnern, die aus Eiern ausgebrütet worden waren, in die man den Süßstoff injiziert hatte. Ein Verbot von Cyclamat nach dem *Delaney Amendment* war somit unumgänglich. Wie angespannt aber inzwischen die Lage war, zeigte sich nur wenige Tage später, als eine weitere Studie publik wurde. Sie bewies Schädigungen an den Hirnen von Ratten, die für Tests mit Natriumglutamat hatten herhalten müssen. Panikartig entfernten die Produzenten von Babynahrung den Geschmacksverstärker aus ihren Erzeugnissen.

Ab Herbst 1969 folgten zahllose weitere Skandale: Quecksilber in Fisch, Botulismus durch Pizza, Pestizide in Puten, Arsen in Hühnern, Antibiotika in Käse, Hormone im Rindfleisch und Salmonellen in der Dosensuppe. Im Mai 1971 mussten rund 200.000 verkaufsfertige Hühner

vernichtet werden, weil sie mit PCB verseucht waren. Angst brach aus, weil rund 60.000 von ihnen noch vor der Schlachtung gelegte Eier im Raum Washington in den Verkauf gelangt waren. Die Zuständigen in Regierung und Industrie gingen nun verstärkt dazu über, die jeweils neuesten Skandalmeldungen auf die unverantwortliche Panikmache von *nutritional terrorists* zurückführen. Vielen der Lebensmittelkonzerne reichte derartiges Fabulieren jedoch nicht mehr aus: Bevor sie selbst in das Schussfeld gerieten, verzichteten sie freiwillig auf die Anwendung von Chemikalien wie DES oder TCE (Levenstein 1993: 173).

Auf den ersten Blick verwundert die hohe Präsenz der Ernährungsskandale in den Medien der USA. Zeitungen oder die neuen Fernsehsender waren nicht mehr so stark von den Werbeanzeigen der Lebensmittelhersteller abhängig wie noch in den 1930er Jahren. Ein weiterer wichtiger Unterschied war, dass die Kritik an der Industriekost nun nicht mehr nur auf vagen Vorbehalten, Vorurteilen, Vermutungen oder auch auf schlichtem Unsinn beruhte. Die Skandale wurden von renommierten Wissenschaftlern beziehungsweise Forschungsinstituten aufgedeckt. Es war schwierig geworden, sie einfach zu ignorieren oder als irrelevant darzustellen. Außerdem wurden wissenschaftliche Studien damals von einer wachsenden Zahl kritischer Organisationen und von der chemischen und pharmazeutischen Industrie gefördert. In den 1960er Jahren expandierten im Rahmen der Bildungsreform die Universitäten (Starr 1982: 338ff.).

Welche Veränderungen sich in der für die Ernährungskritik entscheidenden Dekade, den 1960er Jahren, in den USA vollzogen, lässt sich gut am Beispiel des Cholesterins verdeutlichen. Gestützt auf damals neueste Forschungen empfahl die *American Heart Association* erstmals 1961, den Konsum von gesättigten Fettsäuren zu reduzieren, um Arteriosklerose, Herzinfarkten und Schlaganfällen vorzubeugen. Diese Empfehlungen widersprachen massiv den Interessen der Erzeuger von Tierprodukten, so dem *National Dairy Council* und der *Nutrition Foundation*. Auch das *Council on Foods and Nutrition* der AMA und die FDA wandten sich gegen die angeblich unausgegorenen Empfehlungen der Herzspezialisten. Der damalige Landwirtschaftsminister Orville Freeman erklärte sogar, Kalziummangel wäre ein schweres Gesundheitsrisiko, und er drängte die US-Bürger dazu, mehr Milch und Butter zu konsumieren. Trotz der einhelligen Bekundungen der AMA breitete sich seit 1961 jedoch eine Cholesterinphobie aus. Auf deren Basis expandierten die Umsätze mit Margarine und Pflanzenölen; diese Industrie wiederum unterstützte Forschungen zum Thema, um

sie für ihre Werbung zu nutzen. Auf dieser Basis forderte die *American Heart Association* die Deklaration der Anteile von gesättigten beziehungsweise ungesättigten Fetten auf den Packungen bestimmter Lebensmittel. Die Forderung erwies sich im folgenden Jahrzehnt als erfolgreich, da mehr und mehr Forschungsresultate die Bedenken der Kardiologen stützten.

Die Diskussion um Cholesterin war nur ein Beispiel für jene wissenschaftlichen Kontroversen, die sich seit den 1960er Jahren abspielten und die Forschung weiter expandieren ließen. Sie wurde zum einen durch das Interesse der Lebensmittelkonzerne selbst forciert, die Unschädlichkeit ihrer Erzeugnisse nachzuweisen, bevor sie Anschuldigungen oder Klagen auf Schadensersatz ausgesetzt waren. Zum anderen richteten sich unabhängige Institute darauf aus, die Konsumgewohnheiten auf ihre Risiken hin zu überprüfen. Zudem wurde die Konsumentenbewegung noch bedeutsamer: Die *Raiders* um Ralph Naders *Health Research Group* verstärkten ihre Aktivitäten; und es wurden neue Gruppen gegründet wie die *Action for Children's Television.*

Zu Beginn der 1970er Jahre hatte sich eine eigene Industrie herausgebildet, die im Konsumenteninteresse Lebensmittelkonzerne und Behörden überwachte. Denn die Ernährungskritik war durch Ideen der Neuen Linken mit inspiriert. Die Linken versuchten, am Beispiel der Alltagskost nachzuweisen, wie gering der Schutz war, den die US-Bevölkerung von ihrer Regierung vor den Interessen der Lebensmittelkonzerne zu erwarten hatte. Außerdem richtete sich ihre Kritik gegen die Verschwendung von Nahrung in einer Ersten Welt, die Not und Mangel in der damaligen Hungerzone von Südamerika über Afrika nach Indien nicht nur ignorierte, sondern noch verschlimmerte (Hunter 1972; Van Allen/Marine 1972; Turner 1970; Jones 1971; Lappé 1971; Verrett 1974). Spätestens 1973 hatten die Linken jedoch ihren organisatorischen und inhaltlichen Fokus verloren. Sie richteten seitdem ihre Energien auf konkrete Projekte; dies meinte etwa die Verbesserung der eigenen Lebensführung und die Entfaltung eines persönlichen Lebensstils. Dabei spielte wiederum die Ernährung eine zentrale Rolle. Es entfaltete sich ein breites Spektrum, das vom Selbstanbau von Obst und Gemüse bis zum Betreiben eines Luxusrestaurants reichte.

Bald nach 1968 begann der Exodus aus den Zentren der urbanen Alternativbewegung – New York Village oder Haight-Ashbury in San Francisco – auf Farmen und Landkommunen. Häufig ging dies mit einer Wendung zum Vegetarismus einher. Er war durch die aktuellen Fleischskandale

oder durch allgemeine Vorbehalte gegen Fleischgenuss, wonach tierisches Eiweiß Menschen gierig und aggressiv machte, hervorgerufen worden. Hinzu kamen religiöse oder philosophische Überzeugungen. Ein wichtiger Grund, warum organische Prinzipien an Bedeutung gewannen, lag in der bleibenden Skepsis der Alternativen gegenüber der Industrie und ihren Produkten. Vereinfachend gesagt: So wie der Geist von der Verführung durch Werbung und Fernsehen zu reinigen war, so musste der Körper von allen Giften befreit werden, welche die Industrie durch Pestizide und Additive, begleitend zum Konsumterror, verabreichte. Nach einer Beobachtung von Warren Belasco hatte gesunde Kost in der hegemonialen Kultur der USA immer zugleich auf weißfarbigen Produkten aufgebaut, etwa Weißmehl oder weißem Reis. Die Alternativkultur verspeiste dagegen nun farbige Erzeugnisse: Vollkornmehl und braunen Reis. Dieser Farbwandel korrespondierte zu Beginn der 1970er Jahre mit einer neuen Vorliebe für die Rezepte und Erzeugnisse aus der Dritten Welt, weil man durch den Konsum seine Solidarität zum Ausdruck bringen und sich gleichzeitig geschmackvoller und gesünder ernähren konnte (Belasco 1989: 48). Manche Landkommunen gingen dazu über, ihre organischen Erzeugnisse selbst zu vermarkten. Dem entsprach ein Trend unter den Linken, wieder selbst zu kochen. Untergrundzeitschriften zum Beispiel druckten immer häufiger Artikel ab, die (vegetarische) Rezepte enthielten.

Es waren aber eher die Linksliberalen, etwa die Anhänger Naders, die die Kritik von Wissenschaftlern und Medizinern an den Praktiken der Industrie in die Öffentlichkeit trugen und allgemein verständlich machten. Im Januar 1973 zum Beispiel schlossen sich die *Consumers Union*, der *Environmental Defense Fund*, die *Consumer's Federation of America* und Naders *Center for the Study of Responsive Law* zu einer Kampagne zusammen. Sie richtete sich gegen die Weigerung der FDA, Nitrate und Nitrite aus der menschlichen Nahrung zu verbannen. Die Substanzen galten inzwischen, wenn sie mit anderen Chemikalien kombiniert wurden, als kanzerogen. Die neue Taktik bestand darin, die FDA beziehungsweise deren Mitarbeiter pauschal als Handlager der Industrie zu diffamieren. Ihr vorrangiges Ziel wäre es, nach der Tätigkeit in der Behörde lukrative Posten in genau den Unternehmen zu erhalten, die sie eigentlich zu überwachen hätten. Solche Vorwürfe waren sicher nicht grundsätzlich falsch (Verrett 1974: 94f.). Nader, seine Anhänger und Forscher wie Jacqueline Verrett oder John Olney verbreiteten öffentlich Anschuldigungen, nach denen zahlreiche Ernährungsexperten auf den Gehaltslisten der Industrie standen und bei Bedarf

gegen gesetzliche Regelungen opponierten – so bei Cyclamat und Glutamat.

Berühmt wurde der Fall eines renommierten Wissenschaftlers, Frederick Stare (1910–2002). Er war Gründer und Leiter der *School of Public Health* der Harvard Universität. Über Jahre hinweg war Stare auch publizistisch tätig und häufiger Gast in Ernährungsmagazinen und Talkshows. Dabei hatte er stets hervorgehoben, wie gesund die Standardkost sei. Zudem trat er in einer Reihe von Kongress-Hearings als Experte auf, zu Glutamat, Vitaminen, Zucker und Diätnahrung. Allmählich zeigte sich jedoch, wie eng seine Beziehungen zur Industrie waren. 1976 beschuldigten ihn die *Raiders* in einem Report *Professors on the Take*, massiv Industrieinteressen zu vertreten (Jacobson 1976: 42f.). Um seine Unabhängigkeit zu beweisen, gründete Stare daraufhin eine Stiftung, das *American Council for Health and Nutrition*. Es sollte die Auswirkungen von Chemikalien in Lebensmitteln untersuchen. Stare verpflichtete sich dazu, keine Unterstützung von Firmen zu akzeptieren, die mit solchen Forschungen Geschäftsinteressen verfolgten. Eine Gruppe um Michael Jacobson (geboren 1943) recherchierte aber auch hier weiter. Selbst die Zucker-Studien des neuen Instituts wurden maßgeblich von der *Coca-Cola Company* beziehungsweise von der *National Soft Drinks Association* unterstützt. Sie konnten überhaupt kein Interesse am Nachweis schädlicher Wirkungen von Zucker haben (Griggs 1986: 295f.)!

Weißzucker ist überhaupt ein gutes Beispiel dafür, wie sich damals die Einstellungen zur Ernährung wandelten. Eine Grundlage hierfür bildete ein Bündnis aus Forschung, traditionsreicher Ernährungsreform und Neuer Linken. Studien zeigten damals, wie begründet die Vorbehalte schon 40 Jahre zuvor gewesen waren. 1967 breitete sich in den USA daher eine Zuckerphobie aus. Sie war auf die Tätigkeit von John Yudkin (1910–1995) zurückzuführen, ein Ernährungswissenschaftler von der Universität London. Yudkin hielt Zucker für die wichtigste Ursache von Herzerkrankungen. Auf seinen Vortragsreisen durch die USA erweiterte er sein Spektrum negativer Folgen schließlich auf Diabetes, Arthritis und Krebs (Yudkin 1974). Andere dehnten die Anschuldigungen noch weiter aus, bis Zucker schließlich für beinahe alle Leiden und Probleme des Menschen verantwortlich war: Skorbut, Thrombosen, Geschwüre, Hämorriden, Drogensucht, Alkoholismus, Unfälle und Selbstmord. Zwar wurden im Laufe der folgenden Dekade manche der Anschuldigungen – etwa die einer durch Zucker hervorgerufenen Aggressionsbereitschaft – wieder entkräftet: Aber

Weißzucker galt auch weiterhin, durch die These von den leeren Kalorien, als Hauptursache für Fettleibigkeit, Diabetes und Herzkrankheiten. Weitere negative Befunde über den Zucker stammten aus den Forschungen von Robert Choates über Frühstückscerealien. Daraus ergab sich eine Erklärung für das Vorkommen hyperaktiver Kinder. Jean Mayer hob den suchtmachenden Charakter von Zucker hervor und verglich diesen mit Alkohol und Tabak. Schließlich verlangten Elterngruppen Einschränkungen bei der Werbung für stark zuckerhaltige Kindernahrung.

Die Bedenken gegen *Agro-Business* und Industriekost gelangten in den 1970er Jahren aus dem Ghetto der Ernährungsapostel, Alternativen und Neuen Linken in die Mittel- und Oberschichten. Ein deutliches Zeichen für das neue Bewusstsein war die hohe Nachfrage nach Frühstücksmüsli. Diesem Trend versuchten die Hersteller zu entsprechen; innerhalb eines Jahres, zwischen 1972 und 1973, wurden zahlreiche Rezepturen umgestellt. Viele der Hersteller standen dem Trend zur Naturkost jedoch skeptisch gegenüber. Den organischen Lebensmitteln wurde keine lange Zukunft beschieden, zumal inzwischen immer mehr junge Frauen, wahrscheinlich etwa die Hälfte von ihnen, weder kochen noch backen konnten. Bestimmte Branchen setzten weiter ganz auf Fertiggerichte und Tiefkühlkost. Die Unterschichten blieben unberührt vom neuen Gesundheitstrend. Diese Leute, so ein Industrieller, wollten ohnehin nur Coca-Cola und Kartoffelchips (so die *New York Times* vom 17. November 1974). Zudem wählten die Konzerne noch eine weitere Absatzstrategie. Sie brachten *Light-* oder *Less*-Erzeugnisse auf den Markt, denen bestimmte, nun als gefährlich eingestufte Bestandteile entzogen waren: Zucker, gesättigte Fettsäuren, Salz oder generell Kalorien. Zum Erstaunen mancher waren die Verbraucher bereit, für das Fehlen von an sich wertvollen Inhaltstoffen extra zu bezahlen. Noch merkwürdiger war, dass die Lebensmittelindustrie sogar eine Gesundheitsaufklärung startete, die zumindest vor dem übermäßigen Verzehr bestimmter Produkte, wie Weißzucker, warnte: So etwa in der schulischen Unterrichtung über die Ernährung, die inzwischen zum großen Teil mit Materialien bestritten wurde, die die Industrie zur Verfügung stellte. Allein 1977 bewarben mehr als ein Viertel der Anzeigen in Frauenzeitschriften, die sich auf die Ernährung richteten, deren »natürliche« Aspekte (Leonhard-Spark 1980: 98).

Seit Mitte der 1970er Jahre galten »natürliche« Produkte als besonders gut absetzbar, wenn sie auf den Packungen mit Attributen wie »organic, no chemicals, pure, real, no preservatives« (*New York Times* vom 8. August

1977) versehen waren. Damit sie natürlicher erschienen als sie wahrscheinlich tatsächlich waren, etikettierten viele der Hersteller ihre Erzeugnisse um. Die Firma Tang zum Beispiel verkaufte Orangenaroma, einen an sich rein chemischen Mix, als Naturprodukt, weil immerhin Spuren von echter Orange enthalten waren (Silverstein 1984: 51). Besonders die kaufkräftigen Einkommensgruppen hatten inzwischen eine tiefe Abneigung gegen vorgefertigte Erzeugnisse. Sie galten verglichen mit »Naturprodukten« als ungesund, wozu die Industrie über ihre zeitgleiche Werbung im Übrigen selbst beitrug. »*Organisch*« wurde damals auch wieder die Ernährung von Säuglingen, denn zwischen 1970 und 1980 erhöhte sich die Quote stillender Mütter von 30 auf 60 Prozent.

Nach Umfragen misstrauten die Befragten aber nicht nur dem *Agro-Business*, sondern auch der Regierung beziehungsweise den zur Kontrolle geschaffenen Behörden, allen voran der FDA. Letzteres war durchaus nachvollziehbar, denn die Arbeit dieser Behörde war noch in den 1970er Jahren darauf ausgerichtet, die Produzenten vor »Terroristen« wie Nader in Schutz zu nehmen und Geschmack, Gesundheitswert und Wirtschaftlichkeit der US-Erzeugnisse zu loben. So ließ die FDA pauschale Inhaltsangaben wie »high in polyunsaturated fats« zu. Ralph Nader bemerkte 1970 sarkastisch, Supermarktkunden erhielten genauere Angaben über die Beschaffenheit von Hunde- oder Katzenfutter als über Erzeugnisse, die für den Verzehr durch Menschen bestimmt waren (Levenstein 1993: 200). Im Juli 1975 führte die FDA schließlich die Verpflichtung ein, die RDAs bei Produkten anzugeben, die mit besonderem gesundheitlichem Wert warben. Selbst ein Verbot des krebserregenden Saccharins, das seit 1977 angestrebt wurde, kam erst nach einem langwierigen Konflikt zwischen der FDA und der Süßstofflobby zustande; und dies wahrscheinlich nur, weil die FDA das unbedenklichere Aspartam 1983 zuließ.

Zum Ende der 1970er Jahre wandelten sich die Ernährungsgewohnheiten immer rapider. Selbst die Industrie beendete ihre Fixierung auf Vitamine und Additive und wandte sich neuartigen Konzepten des individuellen Lebensstils zu. Hier wirkten sich die epidemiologischen Forschungen der vorangegangenen Jahrzehnte aus. Sie hatten klare Korrelationen zwischen bestimmten Verhaltensweisen und persönlicher Gesundheit aufgezeigt. Besonders klar erwiesen sich zwei kausale Verbindungen: die zwischen Übergewicht und erhöhter Mortalität und die zwischen hohen Cholesterinwerten und Herzkrankheiten. Seit Mitte der 1970er Jahre warnten das AMA *Council on Food and Nutrition* und die *American Heart Asso-*

ciation vor einem verhängnisvollen Kreislauf aus Fehlernährung, hohem Körpergewicht und zu hohen Werten von Cholesterin im Blutserum. Gleichzeitig gerieten weitere Bestandteile der Alltagskost in die Kritik: generell alle Fettsäuren, Salz und Zucker, und dies insbesondere in einer sich damals immer weiter ausbreitenden Form – als *Junk* oder *Fast Food* (Belasco 1989: 175).

Die Skepsis gegen fettes Fleisch, Käse, stark gesüßte und gesalzene Kost erzeugte eine Haltung gegenüber der Ernährung, die Warren J. Belasco *Negative Nutrition* genannt hat: Der Verbrauch bestimmter Lebensmittel war wegen ihrer Schädlichkeit einzuschränken. Die *Negative Nutrition* hatte zwei Legitimationsprobleme: Der Nachweis der Schädlichkeit von bestimmten Ernährungsstilen oder einzelnen Erzeugnissen war sehr schwierig. Weiterhin verlangte die entsprechende Umstellung den Menschen einiges ab. Die alten Konzepte hatten den Konsumenten einfach Gruppen von angeblich gesunden Lebensmitteln genannt – Fleisch, Eier, Gemüse, Obst, Milch – und sie dazu angehalten, nach Herzenslust zuzugreifen. Nun sollten die Verbraucher nach oft kaum nachvollziehbaren Kriterien hauptsächlich eines: verzichten. Die *Negative Nutrition* erforderte eine grundlegende Änderung der Essgewohnheiten, ja, eine lebenslange Diät. In den 1940er Jahren waren Eier mit Speck noch die Lieblingsspeise in den US-Restaurants gewesen. Knapp 40 Jahre später sahen Gesundheitsbewusste darin nur noch Salz- und Cholesterinbomben (Brewster/Jacobson 1978).

Der neue Akzent, der auf die gesunde Ernährung gelegt wurde, war die Folge einer Desillusionierung über die Leistungsfähigkeit der Schulmedizin. Kritiker warfen dem medizinischen Establishment sicher nicht zu Unrecht vor, präventive Konzepte zugunsten der (gewinnbringenden) Intervention nach Ausbruch von Krankheiten hintanzustellen. Sie empfahlen daher, skeptisch gegenüber den ärztlichen Therapien zu sein und als wichtigste präventive Maßnahme die Ernährung umzustellen (Illich 1973). Diese Empfehlung zu Verzicht und Reduktion von Konsum und Körpergewicht hatte tiefe Auswirkungen auf die Idealkonzeption der Kost. Nach dem Zweiten Weltkrieg hatten sich diese um eine gesunde Mischkost zentriert, die auf den *Basic Seven,* später *Basic Four* beruhte. Damit wurden auch die Bedürfnisse der Industrie gedeckt, denn seitdem galt die These, dass jedes wie auch immer erzeugte Lebensmittel in eine der Grundkategorien hineinpasse und daher gesund sei. Das Konzept wurde, gefördert durch Industrie und Landwirtschaftsministerium, auch in den Schulen des Landes

gelehrt. Es war um 1972 so populär, dass rund 85 Prozent der Befragten in Umfragen angaben, sich nach den *Basic-Four*-Regeln zu ernähren (National Analysts, Inc. 1972: Table 23). Dies war geradezu ideal für Experten und Verbraucher, entsprachen doch selbst Cheeseburger mit Pommes frites, Salat und Coca-Cola dem Konzept, mäßig und von allem etwas zu essen.

Aus der Phalanx der Verfechter der gesunden Mischkost brach allerdings der US-Senat allmählich aus. In den Hearings des *Nutrition Committee* seit 1972 zeigten sich die negativen Folgen der Überversorgung mit Fett und Zucker. 1977 wandte sich das US-Parlament der *Negative Nutrition* zu: Amerikaner sollten weniger tierisches Fett und Cholesterin zu sich nehmen und stattdessen Geflügel, Fisch, Früchte, Gemüse und Getreideprodukte essen (U.S. Senate, Committee on Nutrition and Human Needs 1977a: 1–13). Gegen diese permanente Diät machte die *Agro-Industrie* mobil. Anfangs fanden sich Wissenschaftler, die bereit waren, für sie öffentlich aufzutreten. Gilbert Leveille und Robert Olsen verwiesen darauf, dass der Zusammenhang zwischen hohen Cholesterinwerten und Herz-Kreislauf-Erkrankungen nur eine wissenschaftliche Hypothese wäre. Auch die AMA wandte sich gegen die vom US-Senat empfohlene Ernährung; es drohte angeblich Eisenmangel bei jenem geringen Fleischverzehr, den der US-Senat seinen Wählern verordnete (U.S. Senate, Committee on Nutrition and Human Needs 1977b: 8). Das *Food and Nutrition Board* des *National Research Councils* bezog grundsätzlich gegen die *Negative Nutrition* Stellung. Es gäbe, so die von Frederick Stare angeführten Experten, keinen Grund, Fett, Zucker und Cholesterin pauschal zu verunglimpfen (National Research Council, Food and Nutrition Board 1980).

Trotzdem erhöhten sich zum Ende der 1970er Jahre Rückhalt und Popularität der *Negative Nutrition* immer weiter. Die Behörde des *U.S. Surgeon General* schwenkte ebenfalls auf die neue Linie um. In einem einflussreichen Bericht wurden im Jahre 1979 nochmals die Empfehlungen des Senats widerholt: Reduktion der Aufnahme von gesättigten Fettsäuren, Cholesterin, Salz, Zucker und von Kalorien überhaupt (Department of Health, Education and Welfare 1979: 153). Zu Beginn des neuen Jahrzehnts setzte sich die negative Ernährung schließlich unter den Experten weitgehend durch. *National Research Council*, *National Cancer Institute* und AMA hatten sich angeschlossen. Seitdem kamen Gegenpositionen kaum noch von den Fachleuten, sondern fast ausschließlich aus dem *Agro-Business*. Ohne eine wissenschaftliche Unterstützung hatten diese jedoch in den vergangenen 30 Jahren einen schweren Stand.

Die Verbrauchsdaten zeigten, wie erfolgreich sich die *Negative Nutrition* in den USA durchsetzte. Zwischen 1965 und 1977 senkte sich der Zuckerverbrauch um zehn Prozent pro Einwohner; es wurden 20 Prozent mehr Fisch gegessen, weniger Eier und ein Drittel weniger Butter. Die Veränderungen betrafen hauptsächlich die Mittel- und Oberschicht. Die unteren und armen Bevölkerungsgruppen aßen weiterhin gerne salzige Snacks oder extrem Süßes und sahen auch ein großes Stück Fleisch auf dem Teller immer noch als Indiz für Wohlstand und Wohlergehen an. Für die Bessergestellten dagegen gehörten nun optimale Blutwerte und geringes Körperfett zu den wichtigsten Indikatoren für eine gesunde Lebensführung, ebenso wie die erfreulich verlaufenden Checkups beim Hausarzt.

Seit Beginn der 1980er Jahre begann sich so die US-Bevölkerung, durch soziale Kriterien bedingt, in zwei Gruppen aufzuspalten: Menschen mit hohem Sozialstatus und guter Bildung achteten zunehmend auf ihre Gesundheit, während Arme und Ungebildete die Verhaltensweisen aus den »goldenen Zeiten des Massenkonsums« eher noch verstärkten. Eine drastische Folge davon war, dass Menschen aus den Unterschichten, besonders Frauen und Personen afrikanischer oder lateinamerikanischer Abstammung, erheblich an Gewicht zunahmen. Idealtypisch stehen sich seitdem eine übergewichtige Unterschicht und eine Oberschicht mit Idealgewicht gegenüber. Diese soziale Polarisierung bei Gesundheit, Genuss und Ernährung zeigte sich in zwei interessanten Ausprägungen, im *Ethno-Cooking* und Essluxus auf der einen und im *Fast Food* auf der anderen Seite.

Nach 1970 bereisten wieder die Starköche der *Haute Cuisine* die USA. Diese erneuerte Fixierung auf Frankreich als dem Inbegriff der Hochküche war, neben der unbestreitbaren Qualität dieser Küche, vielleicht ein Nebenprodukt der neureichen Naivität vieler wohlhabender Amerikaner; zumindest glaubten dies viele europäische Gastrokritiker. Eventuell lag dies an den Reisegewohnheiten der Begüterten. Sie liebten damals noch die klassische Bildungstour nach Europa beziehungsweise Frankreich. Zudem waren andere Hochküchen, etwa aus Norditalien, Japan und China, in den USA unbekannt. Dies wandelte sich nach 1970 allmählich, als die Tageszeitungen damit begannen, Restaurantkritiken abzudrucken. Deren Autoren waren für Neuerungen empfänglich. Langsam verbreitete sich so ein neues Bild von der kulinarischen Vielfalt der Welt. Italienische, japanische und chinesische Restaurants schossen wie Pilze aus dem Boden. Die Vorliebe der Oberschicht für bessere Kost bereitete so einer wachsenden kosmopolitischen Ausrichtung nicht nur der Esskultur den Weg. Der Boom

von *Ethno-Food* beschränkte sich nicht auf die Restaurantszene allein. Er war mit einer neuen Wertschätzung für das Selbstkochen verbunden.

Ethno-Food hatte zudem eine politische Komponente: Auch Neue Linke und Gegenkultur versuchten sich an einem Ernährungsstil, der gesunde und kulturelle Aspekte miteinander verband. Sie fanden bald heraus, wie wenig authentisch die Kost in den USA war – selbst jene, die vorgab, sich am internationalen Beispiel zu orientieren. Gereiste Amerikaner wussten, dass französisches Baguette anders schmeckte als die in Deutschland angebotenen Kaviarbrote. Die Vielfalt in der kulinarischen Revolution wurde durch die Cholesterinphobie weiter beflügelt, denn sie hatte sich inzwischen auf Europa ausgedehnt. Die französische Antwort auf die Cholesterinorgien der traditionellen Hochküche war die *Nouvelle Cuisine*. Sie hatte in ihrer Reduktion auf einfache Zubereitungsprozesse, die den natürlichen Geschmack der Grundprodukte nur herausarbeiten sollten, Impulse aus Asien erhalten. Die *Nouvelle Cuisine* wurde in den USA zur *California Cuisine*. Sie verband die Prinzipien der reformierten Hochküche mit regionalen Produkten, hispanischen Traditionen und einem kreativen Mix aus weltweit studierten Kochtrends, der schließlich im *Cross Over Cooking* seinen Höhepunkt fand. Die Amateure versuchten, überall im Lande der Entwicklung Folge zu leisten: Ab den 1970er Jahren sahen die USA einen Boom der Kochschulen und der Einzelhandel erweiterte seine Warenpalette. Die riesigen Supermärkte, besonders an der Westküste, wurden allmählich zu Weltausstellungen all dessen, was der Planet Erde an Essbarem zur Verfügung stellte.

Dieser Trend wurde in den 1980er Jahren weiter verstärkt. Die Tertiärisierung des Wirtschaftslebens führte zum Aufstieg junger, urbaner Schichten. Für diese Yuppies mussten alle Produkte frisch und natürlich zubereitet sein und waren daher kostspielig. Essen wurde wieder verstärkt zum Zeichen sozialer Abgrenzung nach unten. Kaum etwas zeigte dies besser als der Wandel bei den Nudelgerichten: Weichgekochte Nudeln mit Tomatensoße aus der Dose wurden durch vom *Cross Over* inspirierte Kreationen ersetzt, die raffiniert Erzeugnisse aus allen Erdteilen kombinierten. Schon die 1980er Jahre waren der Endpunkt einer kulturellen Transformation: Innerhalb von nur 30 Jahren hatte sich die Ernährung wieder pluralisiert – von der Standardkost der 1950er Jahre hin zur Vielfalt der Ernährungsstile um 1980. Extreme wie das Leben ganz aus der Tiefkühltruhe auf der einen und die *Negative Nutrition* auf der anderen Seite gaben eine enorme Spannweite an. Mit in diese Auffächerung der mehr oder weniger

gesunden Möglichkeiten gehörten *Fast* oder *Junk Food*. Letzteres verweist wiederum auf die soziale Spaltung der Gesellschaft, die sich seit den 1970er Jahren fortlaufend verstärkte und dabei die Ernährung mit einbezog. Die Expansion der standardisierten Schnellgerichte à la *Burger King* oder *Tex-Mex* war somit nur ein Teil des Wandels in der amerikanischen Esskultur; auch wenn diese Restaurants außerhalb der USA bis heute als typisch für deren kulinarische Kultur überhaupt gesehen werden.

Vom *Fast Food* und dessen Konsumenten aus den sozial marginalisierten Gruppen lässt sich leicht auf das Problem der Überernährung überleiten. Dazu ist es wahrscheinlich sinnvoll, nochmals daran zu erinnern, wie schnell in den letzten Dekaden die Unter- durch die Überversorgung als eines der gesundheitlichen Hauptprobleme abgelöst wurde. Noch 1943 etwa behaupteten die Experten des *Food and Nutrition Board*, die Bürger der USA nähmen zu wenig von den Bestandteilen einer für den Menschen notwendigen Kost zu sich. Dies bezog sich vor allem auf Vitamine und Mineralstoffe und leitete die künstliche Zufuhr von diesen in Brot, Milch und Margarine ein. Ernährungsgurus wie Adelle Davis propagierten bis in die 1970er Jahre hohe – im Grunde nach heutigem Wissen gesundheitsgefährdende –Supplementierungen. Und überhaupt orientierten sich die US-Bürger an der traditionsreichen Eiweißlehre. Ein deutliches Indiz für die Unmengen Fleisch, die verspeist wurden, waren die sommerlichen Grillfeste. Hier zeichnete sich erstmals ein Wandel der Rollenverteilung beim Kochen ab. Denn es waren die Männer, die riesige Fleischportionen, Burger oder Würste am Grill zubereiteten – während ihre Frauen nun für die Beilagen wie Salate oder Soßen verantwortlich waren (Kiple 2007: 253ff.).

Auf dem Höhepunkt dieser »Grillparty« zeigten sich erste dunkle Wolken über den Rauchschwaden. 1953 erklärte Ancel Keys (1904–2004) von der Universität Minnesota die hohe Zahl der damaligen Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch zu ausgiebigen Genuss von tierischem Fett. Keys forderte seit seiner *Sieben-Länder-Studie* eine Umstellung der Bevölkerung auf Kreta-Diät beziehungsweise Mittelmeerküche. Die Grundlage dieser Kost waren Kohlenhydrate, Gemüse, Obst, Olivenöl und Fisch (Keys/Keys 1961). Die Studie war eine weitere Reaktion auf epidemiologische Veränderungen, etwa die enorm steigende Mortalität durch Herzinfarkte. Solche Befürchtungen erhöhten sich, als sich nach 1960 die negative Deutung der Fettsucht durchsetzte.

Seit der amerikanischen Unabhängigkeit hatte sich die Menge des pro Person konsumierten Zuckers um den Faktor 15 erhöht. Um die Wende

zum 21. Jahrhundert standen pro US-Bürger rund 4.000 Kalorien zur Verfügung – etwa ein Drittel mehr beziehungsweise doppelt so viel, wie erwachsene Männer beziehungsweise Frauen nach den Empfehlungen der FDA zu sich nehmen sollten. Besonders problematisch war der hohe Verarbeitungsgrad der Lebensmittel. Sie waren so nahrhaft, dass viel zu hohe Kalorienmengen den Magen erreicht hatten, noch bevor überhaupt ein Sättigungsgefühl einsetzen konnte. Extrem zuckerhaltige Limonaden, Kekse, zubereitete Nüsse, salzige Fertiggerichte, die künstlich auf Speichelfluss hin komponiert wurden – sie alle wurden in großen Mengen verzehrt, ohne wirklich zu sättigen. Hinzu kamen riesige Packungen, gigantische Becher, große Teller, Löffel und Portionen. Die Menschen aßen also erheblich mehr als sie zu essen glaubten. Die Beschaffenheit der Lebensmittel war jedoch nur ein Grund für die neue Fettsucht, die epidemieartig seit den 1950er Jahren die USA heimsuchte. Eine weitere Ursache ergab sich aus den fallenden Preisen für Lebensmittel. Die Ernährung war, so behaupteten manche Kritiker, zu billig geworden, um noch gut sein zu können (dazu Wansink 2006).

Es besteht heute kaum ein Zweifel daran, dass Adipositas eine Folge der Überzufuhr von Kalorien im Verhältnis zur geleisteten körperlichen Aktivität ist. Am Computer zu arbeiten, sich fast nur noch mit dem Auto vorwärts zu bewegen und vor dem Rechner oder Fernseher die Freizeit zu verbringen, erzeugt einfach eine zu günstige Energiebilanz. Zudem zeigten sich generationelle Effekte. Zwischen 1988 und 1991 war nur etwa ein Drittel der US-Bevölkerung übergewichtig. Zieht man einmal die Minderjährigen ab, dann hatten 1995 nach Schätzungen bereits 63 Prozent der Männer und 55 Prozent der Frauen zu viel auf den Rippen. Kurz vor der Jahrtausendwende waren dann 21 Prozent der männlichen und 27 Prozent der weiblichen Bevölkerung nicht nur übergewichtig, sondern zum Teil extrem fettsüchtig. Damals starben etwa 300.000 US-Bürger pro Jahr an den weitreichenden Folgen zu umfangreicher Bäuche oder Gesäßpartien. Bis 2001 hatte sich diese Quote weiter erhöht auf rund 65 Prozent aller Amerikaner, damit hatte sich der Anteil fettsüchtiger US-Bürger in nur 20 Jahren beinahe verdoppelt. Im Jahre 2004 schätzte *USA Today* die jährlichen Todesfälle durch Körperfett auf rund 400.000 im Jahr. Somit hatte das übermäßige Essen das Rauchen als häufigste, selbst verschuldete Todesart abgelöst. Erstmals 2005 wurde die *Food Guide Pyramid* ergänzt um eine der Kalorienzufuhr angemessene körperliche Betätigung, die zwischen 30 und 90 Minuten am Tag betragen sollte (Kiple 2007: 256f.).

Die Überernährung machte krank und war im globalen Maßstab extrem ungerecht. Die Entstehung einer globalen Gemeinschaft der Fettsüchtigen, die *Globeisity*, war und ist zugleich ein deutlicher Hinweis auf das Fortbestehen der globalen Ungleichheiten. Denn neben rund einer Milliarde zum Teil extrem Übergewichtiger gab es noch jüngst etwa die gleiche Anzahl von Schlecht- oder Mangelernährten. Das eigentlich Fragwürdige, ja Perverse an der nicht nur in den USA aktuell weit verbreiteten Fettsucht ist eine weitere Tatsache: Das Abnehmen oder Gewichthalten ist Teil einer gigantischen Industrie geworden. Sie machte 1996 allein in den USA einen Umsatz von über fünf Milliarden Dollar mit *low carb*-Diäten, *Slim*-Produkten, Diätbüchern und Gymnastikprogrammen. 2003 wurden rund 250.000 chirurgische Eingriffe durchgeführt, insbesondere Magenverkleinerungen, welche die Gewichtsreduktion fördern sollten. Denn stärker noch als das tatsächliche Übergewicht veränderten sich die Selbsteinschätzungen der Amerikaner. 1996 etwa hielten sich 74 Prozent der über 28-jährigen US-Bürger für zu dick. Dementsprechend investierten sie entweder in ihre schlanke Linie oder sie passten sich an ihre Übermaße an. Eine ganze Gesellschaft ging den Weg in *Supersize*. 1985 war die meistverkaufte Kleidergröße für weibliche Sportkonfektion die US-Größe 8, 2003 war es 14. Der immer gigantischere Körperumfang zwang nicht nur die Kleiderindustrie, Supergrößen auf den Markt zu bringen. Übergewichtige saßen oder lagen die meiste Zeit des Tages: größere und breitere Sitzmöbel, Toilettensitze, Badewannen und selbst Särge waren ein neuer Markt geworden.

Alles war und ist aber viel bedenklicher. Denn die Überernährung machte genauso krank wie eine bestimmte Art und Weise, diese zu bekämpfen. Von jenen Lebensmitteln, bei denen die Kalorienträger ersetzt oder reduziert worden waren, gingen wiederum erhebliche Gefahren für die Gesundheit aus. Margarine beispielsweise galt viele Jahre als gesunde Alternative zur Butter, dem bösartigen Verursacher erhöhter Werte schlechten Cholesterins (LDL). Tatsächlich jedoch wurden bei der Erzeugung von Margarine die verwendeten Öle hydriert, also gehärtet. Margarine sollte ja wie Butter aussehen und ebenso streichfähig sein. Dadurch wurde ein Teil der verwendeten Öle saturiert, außerdem entstanden erhebliche Anteile an Transfettsäuren. Damit unterlagen Margarineesser, die in vielen Fällen glaubten, etwas für ihre Gesundheit zu tun, demselben Problem wie die Liebhaber von Butter: Das gute HDL-Cholesterin wurde reduziert, das »böse« LDL-Cholesterin erhöht. Margarine konnte genauso zu Herzin-

farkten oder Schlaganfällen führen wie Butter, die als der Gesundheit abträglich stigmatisiert worden war (Krondl 2004: 45f.).

Gleiches galt für die Ersatzstoffe, mit denen gesüßt wurde, ohne dabei die entsprechenden Kalorien zu verzehren. Seit 1977 stand ein Zuckerersatzstoff, Saccharin, unter dem Verdacht, Krebs auszulösen. Aspartam, ein weiterer Lebensmittelzusatzstoff, der zum Süßen verwendet wurde, wurde mit Multipler Sklerose, Alzheimer oder Parkinson in Verbindung gebracht. Bedenken wurden gegen die Fett-Ersatzstoffe laut: Oatrim, Simplesse oder Olestra, voll oder ganz synthetisch hergestellt, könnten Allergien oder Erkrankungen von Magen und Darm verursachen. Viele Diätlebensmittel wurden seit den 1970er Jahren künstlich mit Ballaststoffen, zumeist Pflanzenfasern, versehen, um Diabetes, Darmkrebs und Herzkrankheiten vorzubeugen. Auch diese Strategie, dem Körper durch für ihn unbrauchbare Bestandteile künstlich Sättigung vorzugaukeln, war längst in die Kritik geraten: Die hochdosierten Faserstoffe wieder auszuscheiden, war für den Körper eine hohe Anstrengung. Der menschliche Organismus wurde dabei essentieller Bestandteile der Nahrung beraubt – Mangelernährung bei gleichzeitig weiterhin hoher Körperfülle verbunden mit Heißhungerattacken war die Folge.

Seit 1941 gab es in den USA die sogenannten RDAs. Wie geschildert beruhten sie ursprünglich auf der Eiweißlehre und waren zunächst gegen Unter- oder Fehlernährung ausgerichtet. Eine deutliche Wende angesichts der grassierenden Adipositas stellten die Empfehlungen dar, die das Ministerium für Landwirtschaft erstmals 1992 veröffentlichte. Die *Food Guide Pyramid* stellte die klassische Eiweißlehre auf den Kopf. Sie propagierte eine Ernährung, die auf Kohlenhydraten (Brot, Nudeln, Reis und andere Getreideprodukte) beruhen sollte. Fette und Öle und tierische Produkte galten nur noch begrenzt als empfehlenswert oder sollten ganz gemieden werden. Diese RDAs stießen auf erbitterten Widerstand der Agrarlobby. Die *Food Guide Pyramid* enthielt in der Tat Mängel. Milch und Eiskreme wurden gleich eingestuft wie Linsen und Mortadella. Anfänglich wurden Alter, Geschlecht, Gewicht und Lebensweise nicht berücksichtigt. Außerdem wurden die genetisch bedingten Unterschiede nicht in Betracht gezogen: Die *Food Guide Pyramid* trat als Ratschlag für alle US-Bürger gleichermaßen auf. Sie empfahl eine Ernährung, welche die optimalen Elemente der Küchen Nord- und Südeuropas verbinden sollte: Olivenöl und Gemüse aus dem Mittelmeerraum, Milch und Fisch aus Nordeuropa. Übersehen wurde

dabei, dass die meisten Menschen tendenziell laktose-intolerant sind und daher Milch gar nicht gut verwerten.

Seit 1994 wurden in den USA gesetzliche Vorschriften erlassen, aus denen die Verbraucher die Inhaltstoffe gekaufter Waren ablesen konnten: Kalorienmenge, Fett, Salz, Cholesterin und Kohlenhydrate. Dieses *Food Labeling* ermöglichte jedoch vielfältige Formen der Produktwerbung bis hin zur offenen Täuschung. Wegen des schlechten Ansehens von Fetten verführten die Vorschriften die Hersteller dazu, diese durch Zucker zu ersetzen. Erst seit 2006 müssen die Hersteller die Mengen enthaltener gehärteter Fette und Transfettsäuren angeben. Die neuesten Bestrebungen im Kampf gegen die Adipositasepidemie richten sich auf ein bewährtes Mittel – die Regulierung der Werbung. Denn in der Tat wurde besonders im Fernsehen für die Kalorienbomben geworben. Dabei verwendeten die Werbestrategen geschickt die Vorlieben von Frauen für Zucker und von Männern für tierisches Eiweiß. Seit den 1990er Jahren werden derartige geschlechtsspezifische Vorlieben auf hormonelle Ursachen zurückgeführt, bei Männern auf Testosteron und bei Frauen auf Östrogen. Vielleicht sind es die Attacken der Werbung auf den Hirnstoffwechsel, die die Adipositasepidemie weltweit hervorrufen. Bestimmte Areale des Gehirns, die für das Suchtverhalten zuständig sind, aktivieren sich schon beim Blick auf die Abbildungen von Schokoriegeln oder gegrillten Steaks. Dies spräche dann in der Tat für Werberegeln – zur Verminderung gesundheitlicher Kosten und hoher Krankheits- und Sterberaten (Hamlin 1995). In der letzten Dekade häuften sich bereits die Versuche, neo-prohibitionistische Ansätze auch gegen Fehlernährung anzuwenden.

15. Die Paradoxien der modernen Ernährung in der Bundesrepublik Deutschland

In der Bundesrepublik wiederholten sich seit den 1950er Jahren mit immer geringerer Zeitdifferenz viele Entwicklungen, die von den USA ihren Ausgang genommen hatten. Insgesamt vollzogen sich die Ereignisse in Deutschland zunächst konfliktfreier und ohne große Skandale, sieht man einmal vom Contergan-Skandal der Jahre nach 1961 ab. Er betraf allerdings nicht die Ernährung, sondern die mangelhafte Kontrolle der pharmazeutischen Industrie. Dennoch wurde auch in Deutschland allmählich die Kritik an der Qualität der Lebensmittel wieder lauter, nun hervorgerufen durch den enorm steigenden Einsatz von Agrartechnik und Lebensmittelchemie. 1958 kam es zu einer Novellierung des Lebensmittelgesetzes, das durch die zeitgleichen Ereignisse in den USA und die Schaffung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (EWG) beeinflusst war: Die Verwendung von Additiven wurde nun deutlich eingeschränkt. Die Novelle war zugleich ein gutes Indiz dafür, dass sich die deutsche Agrarpolitik international und vor allem europäisch ausrichtete. Nicht nur durch diese Novelle gab es daher in ganz Europa neue Ansätze zum Verbraucherschutz und für Kontrollsysteme.

Der Verbraucherschutz kollidierte allerdings häufig mit den Interessen der Lobbys von Industrie und Landwirtschaft. Seit den frühen 1960er Jahren hing die Entscheidung, was die Konsumenten essen (durften), nicht mehr allein von den herkömmlichen Faktoren Angebot, Nachfrage, Esskultur und den Möglichkeiten der Landwirtschaft ab. Die Zulassung von Produkten oder Techniken war zu einer agrarpolitischen Frage geworden. Die entsprechenden Entscheidungen wurden seit der Gründung der EWG im Jahre 1957 europapolitisch getroffen. Dies wirkte in Richtung auf ein einheitliches und normiertes Lebensmittelangebot bei allen Mitgliedsstaaten. Wenn auch die Qualität einzelner Produkte mitunter in Mitleidenschaft gezogen wurde, die Auslagen der Lebensmittelmärkte in Westdeutschland waren seitdem von einer vorher unbekannten Vielfalt und

Auswahl geprägt. Damit vollzog sich in Deutschland ein Prozess, der in den USA mehrere Dekaden zuvor eingesetzt hatte: Seit den 1970er Jahren waren in der alten Bundesrepublik nunmehr frische Produkte, besonders Obst und Gemüse aus Südeuropa oder den Niederlanden, ganzjährig erhältlich.

Ein Wandel trat auch im Bereich der Gastronomie ein. Die großen US-Konzerne griffen nach Deutschland über; 1971 eröffnete *McDonald's* seine erste Filiale in München. Ketten wie *Burger King*, *Pizza Hut* oder *Subway* verdrängten aber nicht die Imbissbuden, sie trugen vielmehr zu deren Wandel bei. Das Angebot der Traditionsbetriebe wurde in die weitere Industrialisierung der Esskultur einbezogen. Mit anderen Worten: Die Trinkhallen verkauften seit den 1970er Jahren keine selbst panierten Schnitzel mehr. Die Industrie lieferte tiefgekühlte Fertigprodukte, die am *Point of Sale* nur noch erhitzt wurden. Ergänzt hatte sich die Imbisskultur zudem um *Ethno Food* anbietende, griechische, türkische, arabische und asiatische Schnellimbisse. Das Essverhalten der deutschen Bevölkerung wurde beinahe ebenso vielfältig wie das der amerikanischen.

Eine wichtige Rolle spielte das Wiedererstarken der Lebensreform, besonders durch die Ökologiebewegung. Hinzu kamen die *Light*-Produkte, die wie in den USA speziell für eine kalorienreduzierte Ernährung angeboten wurden. Mit dem *Functional Food* schließlich wurden zunehmend Produkte mit der Erwartung gekauft, neben der Ernährung noch andere Wirkungen zu erzielen, beispielsweise körperliche Schönheit oder Fitness. In den auf die frühen 1960er Jahre folgenden fünf Dekaden änderte sich (zunächst in Westdeutschland) das Verbraucherverhalten grundlegend. Wichtige Faktoren hierfür waren komplexe Verhaltensänderungen: vom puritanischen Ethos zur Genussmoralität, vom passiven Konsumenten zum *Prosumenten*, vom Besitzdenken zum Postmaterialismus, vom Lebensstandard zum Lebensstil, vom demonstrativen Konsum zur selektiven Bescheidenheit, vom genormten Verbraucher zum individualisierten Konsumenten, vom kritischen zum mündigen Verbraucher. Ein Teil des Wandels mag zwar bis heute eher programmatisch als real sein, gleichwohl sind die Veränderungen im Alltag der letzten Jahrzehnte kaum zu bestreiten (vergleiche Szallies/Wiswede 1990; Bayer 1999). Aktuell spielen dabei die folgenden Ernährungsstile eine zentrale Rolle: *Bio*, *Functional Food*, *Fine Food*, *Ethische*, *Wellness-* und *Convenience*-Produkte.

Zwei Faktoren waren für diese Vielfalt besonders bedeutsam: zum einen das Wiederaufleben der kulinarischen Luxuskultur, zum anderen die

zahlreichen Skandale, die von den USA aus nach Deutschland übergriffen. Beides veränderte die gesellschaftlichen Vorstellungen vom guten oder gesunden Essen zutiefst; vor allem seit der Mitte der 1970er Jahre – einerseits im Rahmen der Gentrifizierung bestimmter Lebensstile, andererseits als Bestandteil der Ökologiebewegung. Letzere fand schon in den frühen 1980er Jahren einen ersten Höhepunkt. Damals fasste eine zeitgenössisch einflussreiche Veröffentlichung der Kölner Katalyse-Umweltgruppe die zahlreichen Fragwürdigkeiten der modernen Kost zusammen (Katalyse-Umweltgruppe Köln e. V. 1982: 9ff.).

Fleisch, bis dahin prestigereich und gesund, erschien nun als Risikofaktor für Umwelt und Gesundheit und zudem als ein Produkt, das oftmals unter Umständen zustande gekommen war, die nur noch als Tierquälerei zu bezeichnen waren: Die Massentierhaltung arbeitete mit Hormonen und Schilddrüsenhemmstoffen. Schlachttiere waren zum Teil unfasslichen Bedingungen ausgesetzt. Frischfleisch enthielt große Mengen von Schadstoffen wie etwa Kadmium, Blei, Arsen und chlororganische Verbindungen. Konserviertes und gepökeltes Fleisch erwies sich als extrem belastet durch Nitrit, Nitrat und Nitrosamine. Wurstwaren enthielten schädliche Emulgatoren, Geschmacksverstärker oder Gummi als Träger- oder Dickungsmittel. Tiefgefrorenes Geflügel war durch Salmonellen belastet, Viren und Pilze lauerten im Frischfleisch auf ihre menschlichen Wirtsorganismen. Kalb- oder Schweinefleisch, Innereien wie Leber oder Nieren, fettes Fleisch vom Holzkohlegrill, gebratener Schinken oder andere stark gepökelte Wurstwaren galten nun als echte Gesundheitsrisiken.

In Fluss- und Seefischen fanden sich große Mengen von Quecksilber, Blei, Kadmium, Pestiziden und Phosphaten. Als riskant eingeschätzt wurde der Verbrauch von Fischleber, Lebertran, Muscheln und Fischen aus deutschen Flüssen und deren Mündungsgebieten sowie generell der Verzehr von Meeresfrüchten aus dem Mittelmeer. Mit der angeblich gesunden Kuhmilch nahmen die Verbraucher Pflanzenschutzmittel wie DDT, Lindan, Schwermetalle wie Thallium oder sogar Rattengift auf. Gemüse enthielten zum Teil bedenkliche Rückstände von Pflanzenschutzmitteln. Der einstmals gesunde weiße Zucker entpuppte sich als Vitaminzerstörer und als Auslöser der Zahnkrankheit Karies. Mit der Butter kam zugleich DDT aufs Brot, Nüsse und Mandeln waren Aflatoxin-Bomben. In Bierflaschen fanden sich tote Mäuse, auch vor lieblichen Weinen wurde gewarnt. Zudem ließ sich der exzessive Salzverbrauch bemängeln, sowohl in der Küche als auch besonders in den Fertiglebensmitteln. Das Trinkwasser aus der

Leitung war je nach kommunalem Versorger ebenfalls dubios. Selbst die bis dahin beliebten Getränke Tee, Kaffee und Kakao erwiesen sich als mitunter gesundheitsschädliche Risikofaktoren.

Noch einflussreicher und drastischer als die Katalysegruppe gingen im selben Jahr Eva Kapfelsberger und Udo Pollmer mit der *Chemie in unserer Nahrung* buchstäblich ins Gericht. Dabei konzentrierten sie sich in den zahlreichen Auflagen ihres populären Werkes auf Fleisch, Wurst, Eier, Geflügel, Fisch und Milch, also die Lebensmittel, denen bis dahin hohe Qualität und Nährwert zugesprochen worden war. Aus der Fülle der damals aufgezeigten Gefahren und Skandale können hier nur einige herausgegriffen werden: Mastvieh erhielt Sexualhormone, die beim menschlichen Verbraucher psychische Störungen, Thrombosen, Embolien, Herzinfarkte sowie Tumore verursachen konnten (Kapfelsberger/Pollmer 1992: 32f.). Beta-Antagonisten wie Clenbuterol sorgten bei Mastvieh für ein besonders mageres Fleisch. Schlachttiere erhielten Schilddrüsenhemmer, durch welche die Tiere träge wurden und ihr Fleisch wässrig. Dadurch erreichten sie ein höheres Schlachtgewicht, was den Profit der Produzenten steigerte. Schweinen wurden, etwa vor der Tötung und um die unsäglichen Zustände in den Mastbetrieben zu kaschieren, Betablocker, Psychopharmaka oder Antibiotika verabreicht.

Durch Medikamente kurierte oder durch Chemie ruhiggestellte Tiere führten zu kranken Menschen – Resistenzen bildeten sich, die Fleischqualität litt und Rückstände standen im Verdacht, bei Verbrauchern Krankheiten auszulösen. Die Zustände in den riesigen Mastbetrieben oder Hühnerfarmen waren schlicht ekelerregend geworden: Kühe wurden mit den Kadavern ihrer Artgenossen, mit Harnstoffen oder anderen Produkten aus der Verwertung von Fäkalien gefüttert. Selbst Wild war durch Schwermetalle, Pestizide und Radioaktivität belastet. Die in Supermärkten erhältliche Wurst glich in der Rezeptur eher einem Mix aus beliebigen chemischen Bestandteilen unklarer Herkunft. Leberwurst wurde mit Geschmacksverstärkern wie Rosipur, Smak, Pök und Würzemulsionen wie Altmeister- oder Bratzwiebelgeschmack aufgepeppt. Würste enthielten Phosphate, die im Verdacht standen, bei Kindern Hyperaktivität auszulösen, sowie Citrate, Nitrat, Nitrit, Nitrosamine, Flüssigrauch und so weiter. Der hohe Preis des Allzubilligen aber zeigte sich besonders drastisch in den Hühnerfabriken. Hühner waren zu Eier legenden Automaten geworden. Die erbärmlichen und unhygienischen Zustände in den Zucht- und Schlachtbetrieben garantierten das optimale Wachstum von Salmonellen. Zu Beginn der 1980er

Jahre musste bei bis zu 100 Prozent der Schlachtkörper mit einem Nachweis von Salmonellen, einem sicheren Weg zur Lebensmittelvergiftung, gerechnet werden. Und selbst die Kuhmilch war radioaktiv verstrahlt oder mit HCB, PCB, Mykotoxinen und Rückständen aus Toilettensteinen vergiftet (ebd.: 22ff.).

Gegen alle diese eingebildeten oder wahrscheinlich eher tatsächlichen Gefahren entstand in der Bundesrepublik in den 1970er Jahren eine neuartige Szene von Bio- oder Ökoläden, die dem Anspruch nach unbelastete Lebensmittel anboten. Diese Verkaufsstellen traten neben die traditionsreichen Reformhäuser, die seit den 1950er Jahren zunächst einen Rückgang ihrer Kundschaft zu verzeichnen hatten. Gefördert wurde der Boom der organischen Ernährung durch Ratschläge und öffentlichkeitswirksame Forderungen, die Personen wie Pollmer oder generell die *Ökoszene* erhoben: Fleisch und Wurst waren nur noch aus erster Hand zu kaufen oder wenn sie durch entsprechende Agenturen als unbedenklich zertifiziert worden waren; der Verbrauch von Fleisch und Wurst war aus gesundheitlichen Erwägungen am besten überhaupt aufzugeben oder zumindest einzuschränken; wenn man denn unbedingt weiter Hühnerfleisch essen wollte, sollte man beim Kochen strengstens auf die Hygiene achten. Fisch sollte nur frisch und unverarbeitet und Milch nur noch in Bio-Qualität gekauft werden (ebd.: 72ff.).

Mit zur Neubewertung der einst so progressiv geltenden Industriekost gehörten jene Kontinuitäten, die über die Vollwertkost vermittelt worden waren. Die akademische, kritische Ernährungsforschung fand so Eingang in die Alternativbewegung. Institutionell und personell wurden Brücken gebaut zwischen den Generationen von Kollath und Bruker und jüngeren Ernährungsreformern. Klaus Leitzmann etwa war seit 1976 an der Universität Gießen als Hochschullehrer tätig und förderte dort die Rückbesinnung auf die Vollwertkost (Körber/Leitzmann/Männle 1981). Er fasste die neuen und alten Gründe für die Ernährungsreform thesenartig zusammen: Ansteigen der ernährungsbedingten Krankheiten durch Fehl- und Überernährung; als Therapie eine Ernährungsweise, wie sie bereits von Werner Kollath vorgeschlagen worden war; gesundheitspolitische Ausrichtung der Reform, denn die Fakten, die für eine vollwertige Ernährung sprächen, wären seit Langem bekannt; mangelnde Aufklärung, Interessenpolitik und Werbung – auch der DGE – verhinderten eine gesundheitsbewusste Massenernährung. In der Tat bestand Letztere um 1980 in der Bundesrepublik Deutschland zu rund drei Vierteln aus be- oder verarbei-

teten Erzeugnissen. Diesen waren Vitamine, Mineralstoffe, Amino- und Fettsäuren sowie Ballaststoffe entzogen worden.

Der aktuellen Fehlernährung stellte der Gießener Forscher die Prinzipien der Vollwerternährung gegenüber. Dabei unterteilte er die Qualität der Lebensmittel in die drei Faktoren Genusswert, Eignungswert und Gesundheitswert. Unter Genusswert verstand er sensorische Qualitäten, etwa Farbe, Form, Geruch und Geschmack. Mit Eignungswert wurden je nach Zielgruppe zum Beispiel Preis und Haltbarkeit für den Verbraucher bezeichnet. Der Gesundheitswert umfasste Gehalt und Dichte von essentiellen Inhaltstoffen und Hauptnährstoffen, Energiegehalt, Bekömmlichkeit, Toxizität und so weiter (ebd.: 43ff.). Eine gesunde Ernährung hatte insbesondere die 1976 von Joachim Kühnau zuerst beschriebenen, sekundären Pflanzenstoffe zu enthalten. Lebensmittel waren unverändert, möglichst frisch und naturbelassen zu genießen. Sie sollten nach Möglichkeit nicht erhitzt werden, und überhaupt galten stark an Kollath erinnernde Ernährungsempfehlungen: auf Weißzucker und die entsprechenden Erzeugnisse möglichst ganz zu verzichten; pflanzliche vor tierischer Kost zu bevorzugen; Roh- und Vorzugsmilch zu genießen; Fleisch, Fisch und Eier nur als gelegentliche Zugaben zu verwenden; Produkte aus Vollkorn zu essen und Erzeugnisse aus Auszugsmehlen zu vermeiden (ebd.: 55ff.). 1986 führte Leitzmann schließlich den Begriff der Ernährungsökologie ein.

Heute bestehen fachintern kaum noch Zweifel an den Vorteilen einer überwiegend ovo-lakto-vegetabilen Ernährung für die menschliche Gesundheit. Dies war schon in den 1980er Jahren das Ergebnis von Großuntersuchungen des *Deutschen Krebsforschungsinstituts*, des *Instituts für Ernährungswissenschaften* der Universität Gießen und der *Vegetarier-Studie* des Bundesgesundheitsamtes von 1985 (Claude 1983; Leitzmann 1983; Rottka 1985). Die Studien ermittelten einen überdurchschnittlichen Gesundheitsstatus von Personen, die sich ovo-lakto-vegetabil ernährten, selbst wenn der Wert der gesunden Kost durch eine auch im Übrigen bessere Lebensweise der Vegetarier verglichen mit der von Kontrollgruppen eingeschränkt werden musste. Ernährungsbewusste setzen sich generell weniger den bekannten Risikofaktoren wie Rauchen, hoher Alkoholkonsum, Übergewicht und Bewegungsmangel aus.

Doch kehren wir von den Traditionen der Vollwertkost zurück zu den Veränderungen im Verbrauch. Denn seit der Mitte der 1970er Jahre stellte sich neben der Gesundheits- auch die Genussfrage auf neue Weise. Ein wichtiger Faktor für die Vielfalt in der Esskultur war die »Edelfresswelle«.

Hierbei handelte es sich um eine echte kulinarische Revolution (Möckl 1987: 49ff.). Die französische Hochküche hatte im deutschsprachigen Raum keine eigene Ausprägung erfahren. Sie war im 19. Jahrhundert entweder zur fettreichen und schweren bürgerlichen Küche geworden, oder die deutsche Oberschicht orientierte sich unmittelbar daran, wie in Frankreich gespeist wurde. Trotz der angeblich deutsch-französischen Erbfeindschaft hatten sich im Deutschen Kaiserreich die Höfe in Berlin, München und Dresden am französischen Vorbild orientiert. Sie blieben ohnehin bis zur Weimarer Republik gesellschaftlich prägend. Selbst Kaiser Wilhelm II. war ein glühender Anhänger der französischen Kochkunst. Zum Stapellauf des Passagierschiffes *Imperator* im Jahre 1913 hatte er zum Beispiel niemand Geringeres als den Großmeister Auguste Escoffier engagiert. Während des Festbankettes stellte Wilhelm in seiner Rede Escoffier, dem Kaiser aller Köche, mit sich auf eine Stufe.

Erst in den 1920er Jahren hatte es Ansätze zu einer deutschen Hochküche gegeben. Sie blieb aber hauptsächlich mit einer Person verbunden, dem Badener Alfred Walterspiel (1883–1961) (Barlösius 1988: 437f.). Walterspiel war zunächst im Berliner Hotel *Adlon* und dann über viele Jahrzehnte im Münchner *Vier Jahreszeiten* tätig. Er war der erste deutsche Küchenchef, der die französische Kochkunst beherrschte und dazu eigene Beiträge entwickelte. Auch die Kochkunst von Walterspiel wurde durch den Zweiten Weltkrieg jäh unterbrochen. Zwar wurde sein Restaurant mit einer Exportlizenz versehen und schon 1948 wieder eröffnet, bis zu seinem Tod im Jahre 1960 fand Walterspiel aber nicht mehr zum kulinarischen Glanz der Zwischenkriegszeit zurück.

In den 1950er Jahren geriet die Bundesrepublik dann in den Sog jener Neuerungen der Esskultur, die aus Amerika stammten: eingedoste und später eingefrorene Grundprodukte zur schnellen Zubereitung. Diese Amerikanisierung der Ernährung wurde im folgenden Jahrzehnt allmählich von einer Internationalisierung abgelöst. Ihr Ausdruck war die Vielfalt aus Grillpartys, Snackbars, Grillhähnchen, Spaghettigerichten und Balkanspezialitäten, die uns schon oben beschäftigt hat (Wildt 1995: 230ff.). Die eigentliche Renaissance der französischen Kochkunst setzte in der Bundesrepublik erst um die Mitte der 1970er Jahre ein. Sie war eine Folge davon, dass sich die westdeutsche Alltagskultur international und plural ausrichtete (Barlösius 1988: 438ff.). Erleichtert wurde dies außerdem durch eine kulinarische Revolution, denn die *Haute Cuisine* wandelte sich zeitgleich unter dem Einfluss der geänderten Körperideale erheblich. Dies führte zu einer

Reduktion der kulinarischen Kompositionen auf wesentliche Inhaltsstoffe und natürliche Aromen. Die *Nouvelle Cuisine*, für die große Kochkünstler wie Paul Haeberlin oder Paul Bocuse standen, war bestrebt, die Qualität der Zubereitung und die Verträglichkeit für den Körper auf eine höhere Stufe zu heben. Da sie zudem den Eigengeschmack der Produkte betonte, war die *Nouvelle Cuisine* auf frische Produkte angewiesen. So eröffneten sich zahlreiche Möglichkeiten, nationale und regionale Spezialitäten zu verwenden. Das wichtigste Zentrum für die deutsche Spitzenküche war zunächst München: Dort erkochte sich Eckart Witzigmann in seinem Restaurant *Tantris* als erster Deutscher drei Sterne im *Michelin* (dazu Maier/Troeger-Weiss 1997: 235f.).

In einer ersten Phase bis zum Beginn der 1980er Jahre zeichnete sich die deutsche *Haute Cuisine* durch zwei Merkmale aus: Erstens wurden die Grundprodukte aus Frankreich eingeführt. Dazu diente die Firma Rungis Express in der Nähe von Bonn. So fanden nicht nur traditionelle Luxusprodukte wie Champagner oder russischer Kaviar in Deutschland wieder einen Markt, sondern auch bis dahin kaum bekannte Trüffeln und Jakobsmuscheln. Zweitens wurden jene Übertreibungen vermieden, die anfänglich die *Nouvelle Cuisine* in Frankreich ausgezeichnet hatten. Dort hatte Püriertes und Rohes auf den Tellern dominiert. Die Vereinfachung bestand in Deutschland eher darin, die gerade erst bekannt gewordenen Luxusprodukte mit gängigen Bestandteilen der deutschen Esskultur zu verbinden. Beispiele sind Rührei mit Trüffeln oder Rotkohl mit Gänseleber. In einer zweiten Phase, die bis heute anhält, drangen dann regionale Produkte in die Hochküche ein. Genannt seien Rehrücken in Lebkuchensauce, Teltower Rübchen, Maultaschen, Grüne Soße und Sauerbraten.

Mit zur Diversifizierung der Ernährung gehörte ein gestiegenes Gesundheitsbewusstsein der Verbraucher. Biokost und Salatbuffet galten allgemein als Beweis für ihre Lernfähigkeit. Aber schon bevor sich diese seit den 1980er Jahren durchsetzten, zeigten Verzicht auf cholesterinhaltige Fette, Zunahme der Rohkosternährung und »Edelfresswelle«, dass die Verbindung von Gesundheit und Ernährung eine neue Rolle spielte. Vielleicht geht die Mäßigung im Essen beziehungsweise die Biowelle letztlich auf jene zurück, die sich seit vielen Jahrzehnten um die Verbesserung des Lebensstils in der Bevölkerung bemühten. Da Ernährung weiterhin mit sozialem Status verbunden bleibt, ergeben sich hier Möglichkeiten zur Förderung von gesundheitlich bewussterem Konsum.

Das Maß des gesundheitsbewussten Konsums hat sich wie in den USA inzwischen eindeutig mit sozialen Faktoren wie Einkommen und Bildungsgrad verbunden. Besonders die Bildung hat hierfür eine ausschlaggebende Bedeutung erlangt. Ging man von der klassischen Unterteilung bei Befragungen nach der Schulbildung aus – Hauptschule, mittlerer Bildungsabschluss, Abitur/Studium –, dann korrelierte die Qualität der Ernährung mit dem Grad der Bildung: Hochschulabsolventen aßen nach eigenen Angaben deutlich mehr Obst, Frischgemüse und Milchprodukte als Personen mit Hauptschulabschluss; diese verzehrten überdurchschnittlich viel Fleisch und Wurst (Frank 1991: 22–26). Dies deutete auf eine neuartige, soziale Differenzierung in der Ernährung hin, die sich in Deutschland ähnlich wie in den USA vor Jahren vollzogen hat. Am deutlichsten wurden soziale Differenzen bei der quantitativen Überernährung beziehungsweise beim Anstieg des sogenannten Broca-Referenzgewichtes. Die Formel *Körpergewicht = Körpergröße in Zentimeter minus 100* wird zwar heute kaum noch angewandt, bietet aber für eine grobe Einschätzung der Adipositas in Deutschland durchaus verlässliche Daten. Dies gibt die Tabelle XI im Anhang wieder.

Geht man davon aus, dass eine Person mit einem Referenzgewicht von unter 15 nach dem heutigen Body-Mass-Index normalgewichtig ist, zeigte sich schon 1986 ein erschreckendes Bild: Die Gebildeten und Wohlhabenden waren ideal-, die Unterschicht übergewichtig geworden. Zudem orientierten sich hauptsächlich weibliche Personen aus höheren Bildungsschichten an den verschlankten Körper- und Gesundheitsidealen. Seit den frühen 1980er Jahren waren die weniger Gebildeten zugleich höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Denn Übergewicht, Fehlernährung, Alkohol und Tabak waren bereits damals eindeutig als Ursachen für Krankheiten von Herz, Kreislauf, Stoffwechsel und Wirbelsäule identifiziert worden.

Stichworte wie »Diversifizierung der Ernährung« oder »Verbindung von Gesundheit, Essen und sozialen Fragen« waren entscheidend für die Ernährungsgeschichte der seit 1990 vergrößerten Bundesrepublik. Noch jüngst zeigten sich im Ost-West-Vergleich große Differenzen im Ernährungsstil. Imke Weichert etwa hat den Konsumstil von Jugendlichen in Göttingen, Erfurt und Mecklenburg-Vorpommern untersucht. Nach ihrer Studie aus dem Jahre 1999, bei der knapp 700 Personen befragt wurden, unterschieden sich West- wie Ostdeutsche deutlich hinsichtlich der Präferenzen der Ernährung und des alltäglichen Verbrauchs (Weichert 1999: 31ff.). Besonders der Genuss von Fleisch und Wurst hatte zur Jahrtau-

sendwende in Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern ein viel höheres Ansehen als in der Universitätsstadt Göttingen. Ein wichtiger Grund war der hohe Wert, der tierischen Erzeugnissen in der DDR beigemessen worden war. Der Ernährungswissenschaftler Dieter Johnsen vom Potsdamer Ernährungsinstitut sprach sogar von Erziehung zum Fleisch- und Wurstverzehr; unter anderem, weil tierische Erzeugnisse prestigereich waren und der ostdeutsche Staat so die zahlreichen Versorgungslücken kaschierte. Nach der Gründung der DDR wurde eine fett- und eiweißreiche Kost konzipiert, die versuchte, mit dem auszukommen, was in Ostdeutschland selbst erzeugt werden konnte (programmatisch Scheunert 1952). Dabei wurde der Versorgung außer Haus, besonders mittags, hohe Priorität beigemessen. Die DDR-Bürger wurden kollektiv und in der Tradition der deutschen Kost vom Staat versorgt. Die Individualisierung der Ernährung in Westdeutschland seit den 1970er Jahren stand dazu in einem deutlichen Gegensatz. Es verwundert kaum, dass zur Jahrtausendwende die um Fleisch herum komponierten Festtagsspeisen in Ostdeutschland noch das höchste Ansehen genossen. In Göttingen dagegen, allerdings einer typischen Universitätsstadt, galt dies für Gemüsegerichte sowie für ausländisches Essen generell, was auf eine stärkere internationale Ausrichtung der Westdeutschen schließen ließ.

Die jungen Männer in Ostdeutschland liebten laut der Untersuchung Wurst und Fleisch. Frauen aus derselben Altersgruppe, besonders noch, wenn sie aus Westdeutschland kamen, waren bei tierischem Eiweiß sehr skeptisch geworden. Dies führte Weichert auf drei Ursachen zurück: Generell war das Bemühen um die schlanke Linie bei Frauen stärker als bei Männern ausgeprägt. Frauen bevorzugten – theoretisch – statt der kalorienreichen fleischzentrierten Kost eher Obst, Gemüse sowie Fettarmes oder Kalorienreduziertes. Es erwies sich hier außerdem die Bedeutung eines normierten Gesundheitsbewusstseins. Frische, nicht-tierische Erzeugnisse galten als gesund. Eine gleichermaßen die schlanke Linie wahrende und gesunde Kost wurde mit einem Ideal von Weiblichkeit assoziiert. Fleisch- und Wurstverzehr galten dagegen als Zeichen eines männlichen Essverhaltens. Mit diesem verbunden war der Besuch von Schnellrestaurants, denn speziell Restaurantketten waren bei jungen Männern aus Ostdeutschland beliebt.

Hier war allerdings das gastronomische Angebot von Bedeutung: Es war zum Zeitpunkt der Befragung in der Universitätsstadt Göttingen sicher besser als im ländlichen Raum Mecklenburg-Vorpommerns (Weichert

1999: 43). Wichtig waren weiterhin die in Ost- und Westdeutschland unterschiedlichen Speisegewohnheiten. In der DDR war ein erheblich höherer Anteil der Frauen berufstätig; sie fielen tagsüber als Familienköchinnen aus. Die Bevölkerung war auf das Essen außer Haus umgestiegen, auf die Kantinenkost in Schulen oder Betrieben. Dieser Versorgungsweg war zwar nach der Wende vielfach entfallen, die Rolle der traditionellen Hausfrau war jedoch trotz der inzwischen gravierenden Arbeitslosigkeit erodiert. In den Regionen der ehemaligen DDR führte die hohe Zahl der beschäftigungslosen Lebensgemeinschaften somit nicht zu einer besseren Ernährung; eher war noch das Gegenteil zu beobachten. Man bedauerte das Verschwinden typischer Ost-Erzeugnisse, von Süßigkeiten, Joghurt, Brot und Backwaren. Oft wurde behauptet, der Geschmack vieler Ost-Produkte wäre einfach besser gewesen. Vielleicht zeigte sich hier – in der Ostalgie um Rotkäppchen-Sekt oder Vita-Cola – das Bemühen, die für die Bevölkerung der DDR häufig durchaus ambivalenten Folgen der Wende zu kompensieren (ebd.: 46f.).

Insgesamt erscheint die Situation seit der Jahrtausendwende als komplex und diversifiziert. Ernährung ist heute individualisiert und hängt von Faktoren wie Einkommen, Traditionen, Vorlieben und (regionaler) Herkunft ab. Bestimmte Trends der letzten Dekaden haben sich abgeschliffen, andere, neue Herausforderungen an die gesunde Ernährung sind unverkennbar. Im Jahre 1950 hatte der Kalorienverzehr pro Kopf und Tag wieder die Marke von 3.000 Kilokalorien überschritten; ein Höhepunkt wurde Anfang der 1980er Jahren mit 3.600 Kilokalorien erreicht, um zur Jahrtausendwende bis auf 3.200 Kilokalorien abzusinken. Dies wurde von vielen Ernährungswissenschaftlern als Erfolg im Kampf gegen die Überernährung und deren negative Begleiterscheinungen interpretiert. Zumal sich seit etwa 1990 ein weiterer Trend umzukehren scheint: Gegen die jahrzehntelange Tendenz, mehr Alkohol, Fett, tierisches Eiweiß und Zucker zu verbrauchen, zeichnet sich eine Wende zu mehr Kartoffeln, Milch, Brot, Gemüse, Fisch, Nudeln, Reis und Pflanzenfett ab (Stehle 1997: 156ff.). Eine mehr am Gesundheitswert orientierte Kost hat sich unter den Gebildeten verbreitet. Ansonsten aber gilt es, vorsichtig zu bleiben bei der Bewertung. In den letzten drei Dekaden wurde selbst die Semantik fragwürdig. Sind die hochsynthetischen Fruchtjoghurts tatsächlich noch Milchprodukte? Ähnliches lässt sich beim Brot beobachten: Außer Haus zubereitete Backwaren machen heute ein Drittel des Brotumsatzes aus. Diese Baguettes und Focaccias sind oft wahre Kalorienbomben, die mit Würsten

oder Käse garniert werden (so Spiekermann 1999b: 43). Überhaupt sind Angebot und Produktinnovationen kaum noch zu überblicken. Binnen zwölf Monaten wurden zwischen 1996 und 1997 mehr als 300 Getränke, mehr als 200 Süßwaren und jeweils fast 200 Molkerei- oder Tiefkühlprodukte mit einem Werbeaufwand von annähernd zwei Millionen Euro neu auf den Markt geworfen (Wendt 1997: 37f.).

Der hohe Werbeaufwand sollte nicht als Hinweis auf eine weitgehende Steuerung der Konsumenten durch die Lebensmittelkonzerne gesehen werden. Selbst das inzwischen vereinheitliche Angebot der Supermarktketten hat nicht zu einem monotonen Konsumstil geführt. Neue, differenzierende Faktoren spielen heute eine zentrale Rolle: individuelle Mobilität ebenso wie Zunahme der Singlehaushalte und geänderte *Gender*-Ideale. So zeigten jüngst Verzehrstudien erhebliche Unterschiede in der Kost von Männern und Frauen. Überlagert wird dies durch regionale Differenzen: Alkohol und Fleisch werden im Süden der Republik häufiger genossen als im Norden. Nach wie vor gibt es in Deutschland mit Blick auf die einzelnen Regionen keine einheitliche Esskultur. Warum auch? Eher scheint sich das weiterhin regional geprägte Essverhalten den aktuellen Veränderungen anzupassen. Dazu gehörte die Ablösung des Mittagsmahls als Hauptmahlzeit. Dies war im europäischen Kontext eine typisch deutsche Verzögerung, verglichen insbesondere mit den westlichen Nachbarn. Das Abendessen als tägliche Hauptmahlzeit wurde durch die Expansion der Verpflegung außer Haus möglich: Wurden 1962 beziehungsweise 1963 nur zehn Prozent des Lebensmittelbudgets in Gaststätten und Gemeinschaftsküchen ausgeben, so waren es 1993 beinahe 25 Prozent (Spiekermann 1999b: 46). Der Trend zum schnellen Essen reduzierte die Zeiten für die Mahlzeiten erheblich, zunächst außer Haus und schließlich durch die *Convenience*-Produkte auch zu Hause. Dies passte wiederum zu den zahlreichen Differenzierungen; jüngst hatten Bioprodukte exorbitante Wachstumsraten und es breitete sich das genaue Gegenteil von *Fast Food*, nämlich *Slow Food* aus.

Essen ist, verglichen mit früheren Jahrhunderten, zu einem Vorgang im Rahmen einer kommerzialisierten Nahrungskette geworden. Innerhalb der Konsumption von Produkten, deren Herkunft kaum noch bekannt ist, nehmen sowohl der Zwang als auch die Fähigkeit ab, Lebensmittel und Speisen selbst zuzubereiten. Damit ist eine traditionsreiche Handlungskette unterbrochen worden, die noch im 19. Jahrhundert eigene Tätigkeiten erforderte wie Anbau, Ernte, Konservierung, Vor- und Zubereitung der Speisen. Der Umgang mit Lebensmitteln hat sich auf das Essen reduziert,

und weite Teile eines ganzen Erlebnishorizontes sind für viele Menschen verloren gegangen. Essbares hat oft gar keinen eigenen Geschmackswert mehr, sondern nur noch von Werbekampagnen zugeschriebene Eigenschaften. Diesem Verlust an Sinnlichem und Fassbarem steht eine weitere Tendenz entgegen: Frauen sind durch die Ernährungsrevolution oft von den Zwängen der Hausarbeit befreit worden; selbst wenn sie noch heute häufiger als Männer damit beschäftigt sind. Männer dagegen sind Trendsetter aus Inkompetenz, die häufiger außer Haus oder Fertiggerichte essen und bei Ernährung und Gesundheit weniger kompetent sind als selbst die jungen Frauen. Kompetenz ist ein weiteres Stichwort, wenn man die von der Werbung angepriesenen Eigenschaften der Produkte bedenkt. Sie haben häufig nicht das Geringste mit dem behaupteten gesundheitlichen Wert oder mit der vermeintlich traditionsreichen Zubereitung gemein. Insofern ist das Wissen über die Traditionen der Ernährung und deren Gesundheitswert erschütternd gering. Die letzte Erkenntnis hilft aber kaum weiter, denn nichts können die aktuellen Bemühungen um eine verbesserte Esskultur weniger gebrauchen als ein weiteres Pamphlet aus Sicht eines Experten oder eines Gourmets (Spiekermann 1999b: 52).

Andere bleiben in dieser Hinsicht dagegen nicht so ambivalent: Gerade jüngst scheint sich die Frage nach einem gesunden Lebensstil mit Blick auf die Ernährung zu einem neuartigen, politischen Thema auszuwachsen. Schon seit der Entstehung der Ökoszene wurden wiederholt Forderungen nach einer grundlegenden Revision von Lebensmittelrecht und Verbraucherverhalten erhoben. Kapfelsberger/Pollmer forderten schon 1982 zentrale Reformen von Herstellung, Vermarktung und Verkauf von Lebensmitteln. Dazu gehörten praxisgerechte Gesundheitsprüfung, konsequenter Gesundheitsschutz, Vorrang für Mensch und Umwelt, weniger Zusatzstoffe, vollständige Deklaration, verbindliche Mindestqualitäten, Revision der Handelsklassen, wirkungsvolle Überwachung, Vollzug des Lebensmittelrechts, unabhängige Verbraucheraufklärung, biologische Lebensmittel und Kontrolle des Missbrauchs von Handelsmacht (Kapfelsberger/Pollmer 1992: 257ff.).

Thilo Bode, der langjährige Geschäftsführer von *Greenpeace International*, hat jüngst zur Verschränkung von Gesundheits- als Verbraucherpolitik den vielleicht überzeugendsten Vorschlag vorgelegt. Neu an den Vorstellungen von Bode ist weniger die Analyse der Fehlentwicklungen, die für die Umwelt- und Gesundheitsschäden ursächlich sind. Hier eine kurze Zusammenfassung seiner Thesen: Die Konsumenten würden mit schadhaften,

krankheitserregenden Erzeugnissen abgespeist. Sie würden am *Point of Sale* systematisch irregeführt. Skandalöse Zustände, wie das Gammelfleisch, seien nicht die Ausnahme, sondern die Regel. Denn die Verbraucher in Deutschland und anderswo würden völlig legal mit Pestiziden, Uran oder Dioxin vergiftet. Schuld daran sei eine undurchsichtige Lobby aus Landwirtschaft, Industrie und Handel. Gefördert werde dies durch ein europaweites Agrarsystem, das Verbraucher ausplündere, die Umwelt verschmutze und zahllose Menschen in der Dritten Welt in den Ruin treibe. Die Politik in Bund, Europa und im internationalen Rahmen etwa der WHO sei neben der Profitgier die Hauptursache der Probleme. Politiker würden zudem die Schuld an der Misere mit Hinweis auf die angebliche Schnäppchenmentalität auf die Konsumenten abwälzen. Nochmals der Rückgriff auf die aktuelle Diagnose: Die Versorgung mit Lebensmitteln in Deutschland ist sozial extrem ungerecht geworden, denn gute Produkte gibt es nur noch für Wohlhabende. Normale Verbraucher dagegen sind recht- und machtlos. Daran sollte sich Wesentliches ändern. Dazu reicht eine Politik mit dem Einkaufwagen, also die selektiv richtigen Entscheidungen von gesundheits- und umweltbewussten Verbrauchern, nicht mehr aus. Die Verbraucher müssen, so fordert Bode, eine Gegenlobby aufbauen (Bode 2007).

VII. Gesundheit durch Gesundheitspolitik?

Die moderne Massenernährung war eine Antwort auf jene Fragen nach dem gesunden Leben gewesen, die im 19. Jahrhundert kulminiert waren. Sie hatte sozial nivellierend gewirkt und zugleich wichtige Standards durchgesetzt: gesunde Mischkost, hygienische Kontrollen und Verbesserungen des Basiswissens in der Ernährung über Grundkomponenten, Vitamine, Spurenelemente und Ballaststoffe. Zugleich war die moderne Kost Objekt der Wissenschaften geworden, und gerade von diesen, aus dem Kern der modernen Welt, kam nach dem Zweiten Weltkrieg eine neuartige Kritik. Die industrialisierte Massenernährung geriet ins Zwielicht und mit ihr viele Verhaltensweisen, die diese in (gemäßigtem) Umfang toleriert hatte, besonders das Zigarettenrauchen und der normale Alkoholkonsum. In scheinbarer Paradoxie hatte die Massenkultur der Nachkriegszeit viele Verhaltensweisen und Präferenzen der Menschen individualisiert beziehungsweise angesichts der verbesserten Reparaturleistungen der Schulmedizin dem Einzelnen überlassen. Mit den sich häufenden Schreckensmeldungen und Horrorszenarien nahmen seit den 1960er Jahren aber die Versuche zu, wieder Einfluss auf den Lebensstil der Individuen zu gewinnen. Dies reflektierte zum einen ein weiter steigendes Interesse der gebildeten Schichten an einem erneuerten, gesunden Lebensstil. Zum anderen erhöhte sich die staatliche Intervention; auch diese Entwicklung nahm wiederum ihren Ausgang von den USA. In den letzten Jahren deutete sich dabei die Wiederkehr eines prohibitiven Ansatzes an, stark beim Rauchen, schwächer beim Alkohol und zunehmend selbst bei der Alltagskost. In Ansätzen sind auch Deutschland beziehungsweise die Europäische Union insbesondere in der laufenden Dekade diesen Weg gegangen. Zudem zeichnen sich wiederum neuartige gesundheitliche Massenbewegungen ab.

16. Vom Genussmittel zur tödlichen Droge: Rauchen seit den 1960er Jahren

Die US-Gesellschaft reagierte auf den wissenschaftlichen Nachweis der schrecklichen Folgen des Rauchens mit einer umfassenden Debatte und gesetzlichen Maßnahmen – Werbeverboten, Steuererhöhungen und Rauchverboten. Beides, die öffentliche Debatte und die politische Reaktion, waren jedoch, und dies gilt bis heute, durch einen tiefen Interessengegensatz geprägt – zwischen den ökonomischen Belangen auf der einen und den gesundheitspolitischen Zielen auf der anderen Seite. Fast alle wissenschaftlichen Studien zum Thema haben auf diesen Grundkonflikt hingewiesen, der zwischen Gesundheitsschutz und Kapitalverwertung besteht. Letztere war, so eine Quintessenz der Forschung, zumindest bis in die jüngste Vergangenheit stets erfolgreicher (so Breslow 1982: 130; Taylor 1984: 274). Der große Einfluss der Tabaklobby war kaum verwunderlich, wenn man bedenkt, wie bedeutend die Nikotindroge als Wirtschaftsgut bis heute ist. Die Regierungen in allen Ländern, in denen eine Besteuerung von Tabakprodukten erfolgte, nahmen erhebliche Summen ein. Hinzu kamen die milliardenschweren Werbeetats der Tabakkonzerne, von denen Werbeagenturen und Medienkonzerne profitierten. Letzteres hat das Verhältnis zwischen Massenmedien und Tabakherstellern beeinflusst und oft eine angemessene Berichterstattung über die Schädlichkeit des Rauchens behindert.

In den USA fand Tabak eine exzellente Lobby in jenen Politikern, die selbst aus den Anbaugebieten stammten. Dies galt besonders für North Carolina und Kentucky, wo zu Beginn der 1990er Jahre rund 63 Prozent des US-Tabaks angebaut wurden. Seit Dekaden haben die dort gewählten Abgeordneten die Bedeutung des Tabaks für Wirtschaft und Staatsfinanzen hervorgehoben. 1988 lebten in den USA etwa 275.000 Farmbetriebe vom Anbau und rund 1,6 Millionen weitere Personen von Herstellung, Verkauf oder Werbung für Tabakprodukte. Gleichwohl nahm die Tabakindustrie selbst in diesen Bundesstaaten eigentlich nur eine untergeordnete

Stellung ein (White 1988: 48). Wahrscheinlich war die Tabaklobby so erfolgreich, weil es ihr gelang, die negativen Folgen von Einschränkungen, von denen sie selbst betroffen war, als Bedrohungen anderer zu dramatisieren. So stellte Anfang der 1970er Jahre der Senator Sam Ervin aus North Carolina Thesen über ein hereinbrechendes Chaos auf, falls Maßnahmen gegen das Rauchen ergriffen würden. Auf den Tabakfarmen würden dann weitere, ohnehin im Überfluss erzeugte Grundprodukte wie Zuckerrüben oder Mais angepflanzt. Dies würde im gesamten Land Tausende von Farmerfamilien ruinieren. Sie wären dann nicht mehr in der Lage, etwa Autos aus Michigan zu erwerben (Leichter 1991: 111). Zudem schmiedete die Tabaklobby Bündnisse mit anderen Interessengruppen und bot weit höhere Honorare für Vorträge von Parlamentariern an als andere Lobbys (White 1988: 231).

Gesetzliche Regelungen gegen das Rauchen hatten auch in den USA Tradition. Während der Prohibitionszeit gingen einzelne Bundesstaaten gegen den Verkauf von Zigaretten vor. Aber schon bis 1927 waren alle Rauch- und Verkaufsverbote wieder aufgehoben (U.S. Department of Health, Education and Welfare 1986: 266f.). Die Kontroversen setzten daher intensiver erst zu einem Zeitpunkt ein, als Konsum und Produktion ihren größten Umfang erreicht hatten: in den 1950er Jahren, als beinahe die Hälfte der Erwachsenen in den USA Zigaretten rauchte. Bis etwa 1980 ging es zunächst darum, jene Instrumentarien zu entwickeln, die notwendig schienen, um die Raucher vor den Gefahren ihres Handelns zu warnen. Daher dominierten zunächst die Aufklärungskampagnen die Anti-Tabakpolitik. Erst zum Ende der 1970er Jahre, angestoßen durch den Nachweis der Schädlichkeit des Passivrauchens, entstand eine neo-prohibitionistische Bewegung. Sie verlangte mehr als Werbeverbote und Steuerhöhungen und erreichte in harten Auseinandersetzungen, dass in den USA heute fast nur noch in den eigenen vier Wänden geraucht werden darf.

Seit 1964 verlangten Mediziner und Verbraucherschützer, direkt auf Tabakpackungen vor den Gefahren zu warnen. Deshalb setzte der Kongress den *Cigarette Labeling and Advertising Act* durch, mit dem die *Federal Trade Commission* (FTC) höhere Kompetenzen erhielt. Die FTC hatte schon seit dem entscheidenden Report des *U.S. Surgeon General* öffentliche Hearings veranstaltet, auf denen neue Regeln für den Tabakmarkt diskutiert wurden. Ergebnis dieser Konferenzen waren vor allem Ideen zur künftigen Gestaltung der Zigarettenpackungen und -werbung. Um diese Regelungen in ihrem Sinne abzumildern, lancierte die Tabaklobby eine Kampagne.

Durch sie gelang es, die Frage, wie denn mit den Gefahren des Rauchens umzugehen wäre, von der Ebene der Gesundheits- und Handelsbürokratie auf die politische Arena des US-Kongresses zu verlagern. Zudem veränderte die Tabaklobby die Debatte inhaltlich: Umkämpft war seitdem nicht mehr, wie man gesundheitsschädliches Verhalten am besten verhinderte, sondern wie Barrieren vor dem Machtanspruch von Behörden wie der FTC zu errichten waren. Die Tabaklobby verwandelte so die berechtigten Sorgen um die Gesundheit von Millionen von Menschen in eine Verteidigung der persönlichen Freiheit vor behördlicher Willkür.

Allein dies reichte bereits aus, um der Tätigkeit der FTC Grenzen zu setzen. Immerhin mussten künftig Warnhinweise auf Packungen aufgedruckt werden. Selbst diese Maßnahme war im Grunde weniger gravierend für die Hersteller als angenommen, denn diese fürchteten inzwischen Schadensersatzklagen durch Raucher oder Hinterbliebene in Milliardenhöhe. Der *Cigarette Labeling and Advertising Act* von 1965 war in weiterer Hinsicht ein Sieg der Tabaklobby. Bis zum Auslaufen der Regelung im Jahre 1969 war der FTC und überhaupt allen Behörden untersagt, durch weitere Regelungen bei Packungen oder Werbung gegen das Rauchen vorzugehen. Erst in diesem Jahr konnte behördlich etwa die Verschärfung der Warnhinweise und deren Ausdehnung auf die Werbung verlangt werden. Nun wurde die Tabaklobby über das *Tobacco Institute* aktiv. Es stellte einfach infrage, dass der Zusammenhang zwischen Rauchen, Mortalität und Morbidität wissenschaftlich erwiesen wäre. Den Behörden ginge es angeblich lediglich darum, in die Privatsphäre der Bürger einzugreifen.

Zunächst sah alles wieder nach einem Sieg der Industrie aus: Der Kongress erließ ein Gesetz, das zwar die Warnungen auf Zigarettenpackungen verschärfte, aber zugleich weitergehende, einzelstaatliche Gesetze für weitere sechs Jahre untersagte. Diesmal jedoch bekam die Zigarettenlobby Probleme im Senat, der sich sechs Monate nach dem Abgeordnetenhaus mit dem *Public Health Cigarette Smoking Act* befasste. Denn die öffentliche Meinung begann sich zu wandeln. Die Tabaklobby hatte in der Debatte des Jahres 1969 den Zusammenhang von Krankheiten und Rauchen bestritten beziehungsweise versucht, Tabakkonsum zu verharmlosen. Angesichts der überwältigenden Evidenz des exakten Gegenteils wirkten solche Strategien inzwischen unseriös. Kalifornien hatte schon im Juni 1969 die Werbung für Zigaretten in Zeitungen, Zeitschriften, im Radio und Fernsehen verboten. Inzwischen waren auch Patientenvereinigungen aktiv geworden, die die Debatten im US-Senat beeinflussten. Dieser be-

schloss im Dezember 1969, die Warnhinweise auf Packungen zu verschärfen und die Werbung in Radio und Fernsehen zu verbieten. Diese Regelungen wurden im 1970 in Kraft tretenden *Public Health Cigarette Smoking Act* (Public Health Cigarette Smoking Act of 1969, 09.10.2009, *http://tobaccodocuments.org/atc/71066088.html*) verankert.

Insgesamt verlagerten sich mit diesem Gesetz die Aktivitäten vom Gesetzgeber auf die Behörden. Bis Dezember 1970 setzte die FTC die Angabe von Teer- und Nikotingehalt auf Packungen durch und bis Januar 1972 wurden Gesundheitshinweise für die gesamte Werbung obligatorisch. Dann ruhte die Tabakfrage zehn Jahre lang. Erst zu Beginn der 1980er Jahre wandte sich die zentrale politische Ebene erneut dem Thema Rauchen zu. Die FTC hatte in einer Studie ermittelt, dass 47 Prozent der befragten Frauen unbekannt war, in welchem Ausmaß das Rauchen in der Schwangerschaft die Risiken von Tot- und Fehlgeburten erhöhte. Zwischen 1981 und 1984 bildete sich im US-Kongress eine Koalition einflussreicher Politiker, die auf eine Verschärfung der Gesetzeslage hinarbeiteten: liberale Demokraten wie Edward Kennedy, moderate Republikaner und selbst konservative republikanische Senatoren, etwa Orrin Hatch aus Utah. Er war Mormone, was zugleich auf die wachsende Bedeutung des *Bible Belts* nicht nur für die Tabakpolitik in der Ära Reagan verwies. 1984 verabschiedete der Kongress den *Comprehensive Smoking Prevention Education Act.* Er schrieb für Zigarettenpackungen deutlichere und spezifischere Warnhinweise vor. Als Gegenleistung wurde zugunsten der Farmer der Import von Tabak erschwert (Gochman 1997: 237).

Auch bei der Werbung hatte es nach 1970 kaum noch Veränderungen gegeben. In den folgenden Jahren intensivierte sich die Zigarettenwerbung sogar beträchtlich: Die Werbeetats vervielfachten sich zwischen 1970 und 1988 von 300 Millionen auf 2,4 Milliarden Dollar. Zugleich verlagerten sich die Investitionen von Radio und Fernsehen auf die Werbung durch Zeitungen, Zeitschriften und Reklametafeln. Die Tabakindustrie trat zudem als Sponsor auf. Allein im Jahre 1988 förderte sie Sport- und Kulturereignisse mit über einer Milliarde Dollar (vergleiche Leichter 1991: 119). Im Januar 1985 kam dennoch Bewegung in die Debatte: Das *National Advisory Council on Drug Abuse* verlangte ein vollständiges Werbeverbot; diese Forderung wurden von der AMA und der *American Heart, Lung, and Cancer Society* übernommen. Im Juni 1986 brachte der Demokrat Mike Synar aus Oklahoma den *Health Protection Act* in den US-Kongress ein, den ersten Versuch, Zigarettenwerbung vollständig zu verbieten. Synar selbst glaubte

kaum daran, ein Werbeverbot tatsächlich durchsetzen zu können. Nach seinen Aussagen ging es ihm darum, das Thema Rauchen wieder in die Öffentlichkeit zu bringen. Die Hearings zum Gesetz waren mit hochrangigen Vertretern des Gesundheitswesens und der Gegenseite, der Werbe- und Tabakindustrie, besetzt. Letztere setzte auf rechtliche Argumente wie Werbe-, Rede und Pressefreiheit.

An der Wende zum neuen Jahrzehnt begann der Widerstand der Tabaklobby allmählich zu erodieren (vergleiche U.S. Department of Health and Human Services 1989: 17–26). 1990 startete im Bundesstaat Kalifornien eine umfangreiche Aufklärungskampagne gegen das Rauchen in Radio, Fernsehen und Printmedien. Sie war finanziert worden durch eine von den Wählern gebilligte Sondersteuer von 25 Cent pro Zigarettenschachtel. Die Kampagne in Kalifornien zielte auf genau jene Gruppen, die sich die Tabakindustrie als ihre künftigen Kunden ausgesucht hatte: junge Menschen, Frauen und Minderheiten. Schon im November 1989 hatte Edward Kennedy einen Gesetzentwurf in den US-Senat eingebracht, den *Tobacco Products Control and Education Act.* Es sollte jede Werbung verboten werden, die spezifisch auf junge Menschen ausgerichtet war (Leichter 1991: 120).

Dies leitet zur zweiten Strategie über, das Rauchen einzuschränken: Eine (höhere) Besteuerung galt lange als effektivste Form der Verbrauchsreduzierung. Ein tatsächlicher Rückgang als Folge von Steuererhöhungen rief jedoch zugleich ein Dilemma hervor. Mit dem geringeren Konsum reduzierten sich die Staatseinnahmen. In den USA wurden Tabaksteuern daher über viele Jahrzehnte hinweg vorrangig nicht als moral- oder gesundheitspolitische Instrumente gesehen, sondern als fiskalische. Seit 1863 wurde Tabak durch die Bundesregierung besteuert. In den 1870er und 1880er Jahren stammte fast ein Drittel ihrer Einnahmen aus der Tabaksteuer. Nach der Einführung der Einkommenssteuer ging dieser Anteil zurück – von 1915 bis 1987 von 19 auf 0,4 Prozent. Ähnliches galt für die Bundesstaaten: Für sie waren Tabaksteuern ursprünglich sogar bedeutsamer als für den Bund gewesen; 1985 machten sie jedoch nur noch 0,9 Prozent ihrer gesamten Einnahmen aus.

Das gestiegene Steueraufkommen verschleierte eine für den Gesundheitsschutz zentrale Tatsache. Der Anteil des Fiskus beim Verkauf einer Packung Zigaretten hatte sich reduziert: Von rund 50 Prozent um 1950 auf 31 Prozent im Jahre 1986. Erst seit dem Ende der 1980er Jahre wurden die Abgaben auf Zigaretten dann deutlich erhöht. Solche Pläne waren nun zumindest auch durch gesundheitliche Motive bestimmt. Im November 1988

votierten die Bürger Kaliforniens für eine um 25 Cent pro Packung höhere Abgabe. Zu dieser Zeit führten weitere US-Staaten Sonderabgaben ein, dabei lag die Spannweite zwischen zwei (North Carolina) und 40 Cent (Connecticut) pro Schachtel. Dabei verlor die Finanz- gegenüber der Gesundheitspolitik zunehmend an Bedeutung (Leichter 1991: 129f.).

Zu Beginn der 1980er Jahre wurde die Debatte über das Rauchen um einen traditionsreichen Aspekt erweitert: die Einschränkung des Rauchens in der Öffentlichkeit. In dieser Beschneidung der »Rauchfreiheit« dokumentierte sich ein tiefer Wertewandel: Rauchen wurde von einer akzeptierten Handlung zu einem diskriminierten Habitus, der nur noch in den Raucherecken für Suchtkranke stattfinden durfte. Nun ging es nicht mehr um den Schaden, den sich die Raucher selbst zufügten, sondern um die Belastung anderer. Die schwindende Akzeptanz der Zigarette hing unmittelbar mit einer Bedrohung zusammen, die inzwischen wissenschaftlich erwiesen war – dem Passivrauchen. Die Tabaklobby reagierte mit altbekannten Methoden: Die Resultate der Grundlagenforschung wurden relativiert oder einfach infrage gestellt. Im November 1985 startete die *R.J. Reynolds Tobacco Company* ganzseitige Anzeigen in den wichtigsten Tageszeitungen. In diesen wurden die Ergebnisse von zwei wissenschaftlichen Konferenzen einfach als kontroverse Debatten über Passivrauchen dargestellt. Die damals schon gängige wissenschaftliche Lehrmeinung wurde als eine unter vielen wissenschaftlichen Thesen präsentiert. Dabei herrschte in dieser Hinsicht schon längst Klarheit. Passivrauchen war als Ursache für Lungenkrebs und für viele Erkrankungen der Atemwege bei Nichtrauchern erkannt. Der damalige *Surgeon General* C. Everett Koop, vertrat ganz offiziell diese Linie. Ein Sprecher des *Tobacco Institute* warf ihm daher Amtsmissbrauch vor, »placing his political agenda above scientific integrity. No previous Surgeon General has exploited his office in such a blatantly propagandistic manner« (*New York Times* vom 4. Januar 1987).

Im Gegensatz zur langwierigen Debatte um die Werbung erfolgten die Maßnahmen gegen Passivrauchen zügig. Es setzte eine Welle der Reglementierung ein, etwa in Regierungsgebäuden, Restaurants, Verkehrsmitteln, Krankenhäusern und am Arbeitsplatz. Bis 1990 hatten die Bundesstaaten sowie Hunderte von Counties und Cities das Rauchen rigoros beschränkt. Bereits damals war es in Minnesota, Montana, Nebraska und Utah faktisch verboten; Ausnahmen waren lediglich die freie Natur und die eigenen vier Wände. Dagegen startete das *Tobacco Institute* im Jahre 1988 seine *Enough is Enough*-Kampagne. Werbestrategen hatten sechs *Enoughs*

ermittelt, jeweils ein Zuviel an Besteuerung, Zensur, Gesetzgebung, Gängelung, Kontrolle und Diskriminierung. Die Strategie erwies sich zunächst als erfolgreich, zumal sie bei einem Bürgerentscheid in Oregon mit rekordverdächtigen Investitionen verbunden war. Im Oktober 1988 lehnten die dortigen Wähler ein Gesetz ab, welches faktisch das Rauchen in allen öffentlichen Gebäuden unterbunden hätte. Allerdings verlor die Tabakindustrie im selben Jahr eine Schlüsseldebatte im US-Kongress. Er verbot mit Wirkung vom Februar 1990 das Rauchen auf allen Passagiermaschinen im nationalen Flugverkehr.

In den USA hatte sich somit nach dem Zweiten Weltkrieg allmählich die Wertung des Rauchens grundlegend gewandelt. Die Veränderung bezog die Bundesregierung mit ein; der gesundheitspolitische Sprecher, Charles Everett Koop, trat für eine aktive Bekämpfung des Rauchens ein. Auf seine Initiative hin wurden im Dezember 1986 Rauchverbote für die Liegenschaften des Bundes erlassen, was rauchfreie Arbeitsplätze für über eine Million Menschen schuf.

Seitdem hat sich die Gesetzeslage immer weiter verschärft: Aktuell sind in 35 US-Staaten mehr oder weniger starke Einschränkungen in Kraft. Schon 1990 hatte sich San Luis Obispo zur ersten rauchfreien Gemeinde der Welt erklärt. Am 1. Oktober 2007 erließ Minnesota den *Freedom to Breathe Act*, der das Rauchen außerhalb von eigener Wohnung und Grundstück verbot. Auch die Bezeichnung *light* ist für eine Zigarettenmarke inzwischen untersagt. Jüngst bahnt sich ein geradezu historischer Schlag gegen die Tabakindustrie an. Der Senat in Washington hat am 12. Juni 2009 den *Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act* (U.S. House of Representatives 2009) verabschiedet, der es der FDA erlaubt, den Nikotingehalt von Zigaretten zu begrenzen, das Rauchen verherrlichende Werbung zu verbieten und aromatisierte Geschmackszusätze zu untersagen. Die FDA kann sogar den Verkauf von Tabakprodukten einschränken. Am 22. Juni 2009 wurde dieses Gesetz von Präsident Obama unterzeichnet.

Die Debatten, die in den USA über das Rauchen ausgefochten worden waren, erreichten die Bundesrepublik Deutschland mit Verzögerung. Überhaupt gehörte Westdeutschland nach dem Zweiten Weltkrieg kaum zu den in der Prävention international führenden Ländern. Vielleicht war dies ein Grund dafür, dass der Verbrauch von Zigaretten zunächst exorbitant expandierte. Zwischen 1950 und 1960 erhöhte er sich pro Kopf und Jahr von rund 500 auf 1.600; er stieg bis 1965 weiter an, um bis 1980 auf dem Niveau von 2.000 Zigaretten zu stagnieren. Dann setzte ein Rückgang

ein; 2005 hatte sich der Durchschnitt auf 1.392 Zigaretten verringert und liegt damit deutlich unter dem Niveau von 1960. Grundsätzlich lässt sich fragen, ob dafür die in der Bundesrepublik getroffenen Maßnahmen gegen das Rauchen mitverantwortlich waren. Vielleicht lag der Rückgang eher im Wandel der Alterspyramide begründet. Es war früh bekannt, dass ältere Menschen seltener Genussmittel verbrauchen. Noch 1999 rauchten von den Altersklassen zwischen 18 und 40 jeweils rund 50 Prozent der Männer und mehr als 40 Prozent der Frauen. Bei den 60- bis 80-jährigen Männern lag diese Quote bei konstant unter 20 Prozent; bei den Frauen dieser Altersgruppe sogar nur bei rund zehn Prozent (Junge/Nagel 1999: 121ff.).

In der Bundesrepublik waren seit den 1970er Jahren die sekundären Kosten des Rauchens bekannt. Darunter verstand man jenen volkswirtschaftlichen Schaden, der durch den Tabakkonsum entstand, verglichen mit dem Idealzustand einer rauchfreien Gesellschaft. Die Nikotinsucht sorgte aus dieser Sicht für zusätzliche Kosten durch höhere Sterblichkeit, Morbidität und Invalidität. Schon 1971 ging man von rund 40.000 Personen im Jahr aus, die als Folge des Rauchens einen Herzinfarkt oder Hirnschlag erlitten. Damals sind wahrscheinlich 140.000 Menschen verstorben, weil sie geraucht hatten; und rund 10.000 Bundesbürgern wurde ein Raucherbein amputiert. Personen, die täglich zwei Schachteln Zigaretten rauchten, hatten damals eine um acht Jahre verkürzte Lebenserwartung. Zudem litten Abhängige häufiger unter Krankheiten und Befindlichkeitsstörungen (vergleiche Bundesregierung 1974: 3ff.).

Auch in der Bundesrepublik kam es schon in den 1960er Jahren zu einer Debatte über das Nikotin. Sie war allerdings – verglichen mit den USA – nicht derart politisiert beziehungsweise emotional aufgeladen. Denn der gesunde Lebensstil stand in der Bundesrepublik zunächst im Schatten eines enormen Nachholbedarfs der Bevölkerung. Moralismus und Puritanismus als Triebkräfte des Gesundheitsethos waren längst nicht so bedeutsam wie in der US-Gesellschaft. Zudem waren Politik und Öffentlichkeit in Amerika stärker dezentralisiert als in der Bundesrepublik. Hier dominierten unitarischer Bundesstaat und Korporatismus. Maßnahmen gegen das Rauchen beruhten auf schwieriger Konsensbildung im Bundesstaat beziehungsweise auf europäischer Ebene. Ein weiterer Unterschied war, dass es in den USA nach 1960 zu einer Flut von Gesetzesinitiativen kam. In der Bundesrepublik dagegen wurde im Rahmen des Korporatismus mit freiwilligen Absprachen agiert. Die Erfolgsaussichten eines solchen Vorgehens werden in der Forschung skeptisch beurteilt. So vermutete etwa Michael

Calnan für das britische Beispiel, dass die dortigen freiwilligen Vereinbarungen im Interesse der Industrie, nicht jedoch der Verbraucher lagen (Calnan 1984: 281).

Eine Folge davon war, dass Tabak in Europa länger ungestört beworben werden durfte. Dabei verlagerte die Tabakindustrie ihre Aktivitäten freiwillig und vorausschauend (gewarnt durch die US-Entwicklung) von Anzeigen und Werbespots auf das Sponsoring von Kultur und Sport. Die gesetzlichen Regelungen in Amerika beeinflussten jedoch indirekt die Situation in Europa. Die allgemeine Lehre daraus war: Bei der Gesundheitsförderung sind formelle Regelungen durch Behörden oder Gesetzgeber effektiver als verhandelte Kompromisse. Dies ist zugleich ein wichtiges Motiv für den aktuellen Wandel im deutschen Vorgehen gegen das Rauchen. Es steht unter dem Einfluss der Europäischen Union und geht im neuen Jahrtausend von Aufklärung und Kompromissen zu gesetzlichen Regelungen über, die der Prohibition bereits sehr nahe kommen. Die Ambivalenzen und Verspätungen der deutschen Suchtpolitik können in den rund 30 verlorenen Jahren zwischen 1970 und 2000 daher vor allem auf eine Ursache zurückgeführt werden – mangelnde gesetzliche Regulierung. Die Zigarettenindustrie hat ihr Geld bis dahin zu ungestört verdient, und die Verbraucher und ihre Vertreter haben sie zu bereitwillig gewähren lassen.

Der Markt für Zigaretten wurde in der Bundesrepublik von Großkonzernen bestimmt. Die britischen Unternehmen *BAT* und *Rembrandt*, die US-Konzerne *Philip Morris* und *Reynolds* beherrschten zusammen mit der *Reemtsma Cigarettenfabrik GmbH* den deutschen Markt (vergleiche Brendel 1984: 334, 340). In den 1980er Jahren behaupteten sich dagegen nur wenige Kleinunternehmen; an Bedeutung gewannen damals die Eigenmarken der Discounter. Dies alles ließ sich auf zwei Faktoren zurückführen: Erstens band die Produktion viel Kapital. Tabak musste vor der Verarbeitung längere Zeit gelagert werden. Zweitens schlug der enorme Einsatz für Marketing und Werbung zu Buche. Seit den 1960er Jahren hatten sich Zigaretten in Standardprodukte verwandelt. Innerhalb der vier wichtigsten Gruppen, *Full Flavour, Normal Flavour, Nikotinarm* und *Filterlos*, konnten selbst starke Raucher im Blindtest kaum noch Unterschiede feststellen. Sie wurden durch Werbung und phantasievolle Zuschreibungen von Images ersetzt. Daraus entstand die gegenseitige Abhängigkeit von zwei Wirtschaftsbranchen: Werbung hatte für die Tabakindustrie eine hohe Bedeu-

tung, Umsätze durch Zigarettenwerbung waren zentral für die Werbewirtschaft.

Damit lief der Wettbewerb zwischen den Herstellern über Werbung, denn Preis und Qualität waren ohnehin (beinahe) identisch. Werbung, die bestimmte Images für Marken erfand, war für den Umsatz geradezu zentral. In den 1980er Jahren standen Zigaretten nach Waschmitteln und Pharmazeutika an dritter Stelle, was die Aufwendungen für Werbung anging. Rund eine Milliarde Deutsche Mark wurden damals für Zigarettenwerbung ausgegeben: Die hohen Ausgaben für Anzeigen in Printmedien, Plakat- und Kinowerbung, Sponsoring, Gewinnspiele und so weiter konnten sich nur noch Großunternehmen leisten. Die Vertriebswege im Einzelhandel stärkten ebenfalls die Monopole, denn in der Bundesrepublik wurden rund 42 Prozent der Zigaretten über Automaten verkauft. Dabei waren jedoch die Stapelplätze und die Schachtzahlen begrenzt und nur wirklich umsatzstarke Marken konnten sich im Automatenverkauf behaupten. Dessen Zulassung führte zu einer im europaweiten Vergleich beinahe einmaligen Dichte der Verkaufspunkte. Zigaretten waren überall erhältlich: im Einzel- und Fachhandel, in Trinkhallen und an Automaten (Hess 1987: 113f.).

Wie scharf auch der Wettbewerb zwischen den Großunternehmen war, sie waren zugleich über Investitionen, Lizenzverträge und gemeinsame Interessen verflochten. Letztere wurden vom *Verband der Zigarettenindustrie* organisiert. Er bildete eine so einflussreiche Lobby, dass Maßnahmen gegen das Rauchen bis in die jüngste Vergangenheit nur begrenzt möglich waren – meist beschränkt auf gewisse, nicht allzu hohe Dosierungen gesundheitlicher Aufklärung. Im Mittelpunkt stand der Schutz der noch nicht rauchenden Minderjährigen. Wichtige Protagonisten waren die Gesundheitsministerien von Bund und Ländern, die von ihnen getragenen Zentralen für gesundheitliche Aufklärung und die *Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren.* Bei Letzterer spielte Nikotin im Verhältnis zu anderen Drogen nur eine untergeordnete Rolle. Bedeutsamer waren die *Deutsche Krebshilfe* und der *Ärztliche Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit.* Um 1981 gab es zudem nur rund 40 lokale Nichtraucherinitiativen; dies ist zugleich ein Hinweis auf deren mangelnde Resonanz in der Bevölkerung. Aufklärungskampagnen und neue Gesetze kamen in der Bundesrepublik durch den Einfluss übernationaler Impulse zu Stande – durch die Entwicklung in den USA, die WHO und besonders die *Direktion Gesundheit und Sicherheit* der Europäischen Gemeinschaften.

Ein grundsätzliches Problem für die Anti-Rauchpolitik waren zwei ökonomische Argumente der Zigarettenindustrie: Arbeitsplätze und Steueraufkommen. In der Bundesrepublik waren gegen Ende der 1970er Jahre rund 55.000 Personen im Tabaksektor beschäftigt. Hinzu kamen noch die hier nicht mitgezählten Arbeitsplätze im Transport-, Zuliefer- und Zubehörwesen (Merzdorf 1982: 79). Das Steueraufkommen auf Tabakwaren erreichte 1983 rund 15 Milliarden Deutsche Mark. Die Nikotinsucht sorgte dafür, dass diese Steuer mehr einbrachte als die Abgaben auf alle anderen Genussmittel – Branntwein, Kaffee, Bier, Schaumwein und Tee – zusammengenommen. Wollte man nicht das Steuersystem insgesamt reformieren, so blieben die öffentlichen Haushalte auf den Ertrag der Tabaksteuer angewiesen. Die lediglich geringfügigen gesetzlichen Einschränkungen des Rauchens hingen zudem mit einer intensiven Lobbyarbeit zusammen. Die Großkonzerne verfügten über umfangreiche Etats, um die Politik zu beeinflussen. Der Reemtsma-Skandal zeigte 1985, dass allein Reemtsma der CDU, FDP und SPD von 1965 bis 1980 auf illegalem Wege rund sechs Millionen Deutsche Mark hatte zukommen lassen.

Die deutschen Filialen übernahmen von ihren Muttergesellschaften noch eine weitere, in den USA erprobte Strategie – die gezielte Desinformation über die Schädlichkeit des Rauchens. Noch in den 1970er Jahren wurde behauptet, dass eine statistische Korrelation von Rauchen und Lungenkrebs keine gültigen Rückschlüsse auf tatsächliche Gefahren zuließe. Für die Krankheiten, die mit dem Rauchen in Verbindung gebracht wurden, wären in Wirklichkeit genetische Anlagen oder Umweltgifte ursächlich. In der Bundesrepublik übernahm das *Forschungsinstitut der Zigarettenindustrie* in Hamburg derartige Aufgaben. Es wurde allerdings von seinen Geldgebern geschlossen, weil es in eigenen Studien selbst die Schädlichkeit des Rauchens nachwies (Voges 1984: 459ff.).

In den 1980er Jahren verlagerte sich wegen der kaum noch strittigen Beweislage die Debatte vom Aktiv- auf das Passivrauchen. Hier ging es um die Frage, ob Passivrauchen eine Gesundheitsgefahr oder nur eine Belästigung war. Zur Stärkung der zweiten Auffassung ließ die Tabaklobby durch Juristen und Ärzte für exorbitante Honorare Gutachten erstellen (Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit 1986: 3–10). Während dieser Kontroverse benannte die Industrie ihr Forschungsinstitut in *Forschungsrat Rauchen und Gesundheit* um. Wissenschaftler aus diesem Umfeld wurden noch 1985 im Deutschen Bundestag als Experten gehört. Damals begann sich die öffentliche Meinung jedoch zu Ungunsten der Tabaklobby

zu verändern. Gestärkt wurde dies durch die juristische Fachwissenschaft. Danach war das Recht auf eine rauchfreie Umwelt durch den Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes als Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit gedeckt. Seit den 1980er Jahren gelang es einzelnen Personen, dieses Recht vor Gericht durchzusetzen. Seitdem verlegte sich die Tabaklobby auf eine neue Strategie: Die Rauchfreiheit wurde nun als Bestandteil der Menschen- und Bürgerrechte dargestellt (Rahmede 1983: 122–163). Wiederum wiederholte sich so in Deutschland eine Entwicklung aus den USA.

Die Zigarettenwerbung hatte sich seit den 1950er Jahren am Lebensstilkonzept orientiert. Raucher (und zunehmend Raucherinnen) waren in der Werbung seitdem Personen mit positiver Leitbildfunktion: jung, sportlich, gesund, erfolgreich im Beruf und beim anderen Geschlecht, elegant und modern. Glaubte man der Werbung, so lebten Raucher in einer Welt von Freiheit und Abenteuer. Sie allein kannten die wahren Werte des Lebens. Letztlich versuchten die Werbestrategen, die Konsumenten daraufhin zu konditionieren, dass sich mit dem Rauchen persönliche oder gesellschaftliche Erfolge einstellten. Hier wird deutlich, wie sehr die Reklame auf den Einstieg in die (angeblich abenteuerliche) Welt der Erwachsenen ausgerichtet war. Sie zielte besonders darauf ab, noch nicht rauchende Jugendliche zu gewinnen (Taylor 1984: 179). Darüber hinaus wurde ein weiteres Ziel verfolgt: angesichts des zunehmenden Wissens um gesundheitliche Folgen den Tabakkonsum mit positiven Assoziationen zu verbinden. Die Werbung sollte eine Wahrnehmung strukturieren, in der die Gesundheitskampagnen zumindest relativiert wurden. Allein deshalb schon war Zigarettenwerbung im Grunde ein Skandal.

Dies sah die Zigarettenindustrie natürlich anders, denn vorgeblich diente die Werbung der Volksgesundheit. Über sie seien Filter- und Leichtzigaretten durchgesetzt worden. Außerdem wurde das Grundgesetz mit Meinungsfreiheit, Recht auf freie Berufswahl und Eigentumsrecht nach Artikel 5, 12 und 14 Grundgesetz ins Feld geführt. Mit der Freiheit der Werbung werde auch die Pressefreiheit beschädigt. Ohne Einnahmen aus der Reklame seien viele Medien gar nicht lebensfähig; die Fähigkeit, sich zu informieren, würde sich auf die Wohlhabenden beschränken, damit wäre die Demokratie selbst bedroht. Solche Argumente waren fadenscheinig, weil unter anderem beim Argumentieren mit den Arbeitsplätzen die Milliardenschäden durch das Rauchen nicht gegengerechnet wurden. Aus Studien war bekannt, dass Werbeaktionen für Zigaretten eher die Gesundheitsaufklärung behinderten. Selbst die verfassungsrechtlichen Argumente

waren wenig stichhaltig, weil nach dem Grundgesetz der Gesundheitsfürsorge ein übergeordneter Wert gegenüber dem Recht zukommt, für ein Gut zu werben (Deutscher Bundestag. Ausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit 1985: 184–187).

In Deutschland operierte die Politik mit einem für den Korporatismus typischen Mittel, der freiwilligen Vereinbarung. In den Jahren 1966 bis 1972 wurde die Werbung durch Richtlinien für Printmedien, Plakate, in Bahnhöfen und Flughäfen reguliert. Werbung mit gesundheitlichen Argumenten hatte ebenso zu unterbleiben wie diejenige mit Personen unter 25 Jahren, Prominenten oder Leistungssportlern. Reklame, die zu übermäßigem Konsum aufforderte, war zu unterlassen, und auch solche, die das Inhalieren als Genuss anpries. Ab dem 1. Januar 1973 verzichtete die Tabaklobby auf Fernsehwerbung und auf Sponsoring von Kultur- und Sportveranstaltungen. Über die Einhaltung wachte ein Schiedsgericht des *Deutschen Werberats*, das Geldstrafen von bis zu 300.000 Deutsche Mark verhängen konnte. Da Selbstverpflichtungen die Industrie weniger trafen als gesetzliche Regelungen, war die Compliance relativ hoch. Man wollte Tabakgesetze auf jeden Fall verhindern (Hess 1987: 131).

Nur vereinzelt kam es in den 1970er und 1980er Jahren zu gesetzlichen Regelungen, die aber mit der Industrie abgestimmt wurden. 1974 durchlief das *Gesetz zur Neuordnung und Bereinigung des Rechts im Verkehr mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und sonstigen Bedarfsgegenständen* (LMBG) vom 15. August 1974 den Bundestag. In Absatz 1 wurde die Rundfunkwerbung für Tabakerzeugnisse untersagt. Absatz 2 a) verbot eine Werbung, die den Eindruck erweckte, der Genuss von Nikotin verbessere Leistungsfähigkeit oder Wohlbefinden. Jugendliche und Heranwachsende zum Rauchen zu veranlassen, sollte Absatz 2 b) künftig verhindern. Erst 1982, also 16 Jahre nach einer entsprechenden Regelung in den USA, wurden Warnungen auf Zigarettenpackungen gesetzlich verpflichtend, allerdings nur in einer mit der Industrie abgestimmten Form: »Der Bundesgesundheitsminister: Rauchen gefährdet Ihre Gesundheit« (vergleiche Bundesgesetzblatt 1982). Die damalige Regelung verpflichtete nicht zur Angabe der Krankheiten, die das Rauchen verursachte. Der Nikotin- und Teergehalt war schon vorher freiwillig auf die Packungen gedruckt worden, wobei die Angaben um bis zu 25 Prozent unter den tatsächlichen Werten lagen. Die geringe Intensität des Konfliktes um das Rauchen lag jedoch nicht allein an der Macht der Tabaklobby und dem geringen politischen Interesse, sondern auch daran, dass der Tabakgenuss noch bis in die

1980er Jahre als Symbol für persönlichen Wohlstand und Wohlergehen galt.

Nach einer Vergleichsstudie erhöhte sich zwischen 1960 und 1981 die Gesamtzahl der Raucher nur wenig; ihr Anteil an der Bevölkerung ging sogar leicht von 37 auf 35 Prozent zurück. In diesem Zeitraum verdoppelte sich jedoch in etwa der Konsum eines Rauchers. Er verbrauchte um 1960 im Durchschnitt täglich etwas mehr als eine halbe Schachtel; 1981 war es bereits mehr als eine Packung. Für die Jahre zwischen 1960 und 1980 wird man angesichts dieses Befundes kaum Wirkungen staatlicher Präventionspolitik vermuten können. Denn das Rauchen verbreitete sich in alle Altersgruppen und nahm die über viele Jahre bedeutsame *Gender*-Barriere. 1960 waren nur 29 Prozent der Zigarettenkonsumenten weiblich gewesen, 1979 waren es 44,5 Prozent. Frauen hatten bei der Nikotinsucht beinahe mit den Männern gleichgezogen (Merzdorf 1982: 203). In den 1970er Jahren änderte sich das Verhalten Jugendlicher, Heranwachsender und junger Erwachsener in eine entscheidende Richtung. Die Zahl der gelegentlichen Konsumenten reduzierte sich. Weiterhin stieg der Prozentsatz der konsequenten Nichtraucher deutlich an (Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit 1983: 43). Diese Entwicklung hing mit einer generellen Verringerung der Drogenaffinität der zwischen 15- und 25-Jährigen zusammen. Dafür erhöhte sich jedoch der Durchschnittsverbrauch. Immerhin 27 Prozent der 21- bis 24-Jährigen konsumierten um 1980 mehr als 20 Zigaretten am Tag (ebd.: 88).

Tabakverbrauch korrelierte in Westdeutschland mit einer niedrigeren Bildung: 1980 rauchten nur 24 Prozent der Oberstufenschüler an Gymnasien, aber 52 Prozent der Berufsschüler. Damit ergab sich dasselbe Muster wie bei anderen selbstschädigenden Verhaltensweisen, bei übermäßigem Essen und erhöhtem Alkoholkonsum. Allgemein wurde dies auf drei Faktoren zurückgeführt: auf die größere Kompetenz der Gebildeten, auf Informationen und Warnungen aus Wissenschaft und Medizin zu reagieren; auf die neue Wertschätzung der persönlichen Gesundheit, die sich damals verbreitete; auf die höheren Ressourcen der Bessergestellten, die überhaupt erst ein gesundheitsbewusstes Leben ermöglichten (Hess 1987: 140).

Zum Ende der 1980er Jahre hatte sich eine weitere wissenschaftliche Erkenntnis herausgebildet: Zigarettenrauchen war eine Suchterkrankung mit sozialen und körperlichen Ausprägungen und Folgen. Rauchen war nicht einfach ein sinnloser Zeitvertreib, sondern eine Handlungsweise, die – bei allen Nachteilen – tatsächlichen Gewinn für die Abhängigen mit sich

brachte. Rauchen demonstrierte freundliche Absichten und gab Gelegenheit für Gespräche und Arbeitspausen. Es war ein Vehikel der Selbstdarstellung, besonders für Jugendliche, die noch ihre Zugehörigkeit zur Erwachsenenwelt zu beweisen hatten. Weitere Funktionen leiteten sich aus physiologischen Wirkungen ab: Denn Nikotin stimuliert nun einmal die Nervenzellen und fördert die Konzentration.

Während die psychische Sucht schon früh bekannt war (thematisiert als moralisches Laster), verbreitete sich die Erkenntnis der physischen Abhängigkeit erst seit den 1960er Jahren. Damals erkannte man, dass Raucher die Nikotinzufuhr auf gleichmäßigem Niveau halten mussten. Dieser Titration genannte Effekt war bereits aus Studien über andere Formen der Drogensucht bekannt. Weitere Hinweise auf den Suchtcharakter ergaben sich aus Forschungen über Entzugserscheinungen bei Personen, die den Nikotinkonsum einstellten. Bis zum Beginn der 1990er Jahre wurden die Abhängigen mit ihrer Sucht zumeist allein gelassen; Hilfe boten nur Bücher oder Broschüren zum Selbststudium (etwa Schmidt 1984: 40ff.). Damals gab es in der Bundesrepublik nur eine einzige Raucherberatungsstelle, das Institut von Prof. Klaus-Dietrich Stumpfe. Erst seit etwa 1990 existiert ein besseres therapeutisches Angebot. Es umfasst nun ambulante Kurse bei Volkshochschulen oder Ärzten. Hinzu kommen die Behandlung bei Kuren und die stationäre Versorgung in Spezialkliniken. Mögliche Therapieformen sind Gruppentherapiesitzungen, Massagen, Hypnose, Autogenes Training, Akupunktur und Nikotinsubstitute.

Die Bundesrepublik Deutschland gehörte sicher nicht zu den internationalen Vorreitern im Kampf gegen den Tabak. Es waren daher *Europäische Kommission* und *Europäisches Parlament*, die hier seit etwa 2000 Abhilfe schufen, gegen die Interessen der Industrie und die Ignoranz der Verbraucher. Die Rauchpolitik der EU zeigte dabei eine deutliche Verlagerung von der Aufklärung hin zur Prohibition. Die *EU-Richtlinie über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen* (Europäisches Parlament und der Rat der Europäischen Union Richtlinie 2001/37/EG 2001) zwang daher der Regierung der Bundesrepublik erstmals neue Wege in der Tabakpolitik auf. Die Richtlinie schrieb vor, dass mit dem 1. Oktober 2003 in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union deutliche Warnhinweise auf Zigarettenpackungen aufzudrucken waren. In nationales Recht umgesetzt wurde dies durch die Tabakprodukt-Verordnung vom 20. November 2002 (Bundesgesetzblatt 2002: 4434). Die Verordnung bestimmte detailliert Größe, Gestaltung und Wortlaut des Aufdrucks. Neben allgemeinen Warn-

hinweisen (»Rauchen tötet« oder »Rauchen fügt Ihnen und den Menschen in Ihrer Umgebung erheblichen Schaden zu«) musste noch ein weiterer Hinweis aus einer Liste von 15 Lehrsätzen angebracht werden: zum Beispiel »Raucher sterben früher«. Außerdem wurde die Angabe des Gehaltes an Teer-, Nikotin- und Kohlenmonoxid verpflichtend gemacht.

Die rückständige Position der Bundesrepublik erwies sich auch in den Konflikten um Richtlinie 2003/33/EG. Sie legte die europäischen Staaten auf ein Werbeverbot fest. Die Tabakwerbung war seitdem grundsätzlich untersagt in allen Printmedien, Dienstleistungen der Informationsgesellschaft und Rundfunksendungen. Auch das Sponsoring von kulturellen, gesellschaftlichen oder sportlichen Veranstaltungen war vom Werbeverbot betroffen. Deutschland setzte diese Richtlinie erst nach gerichtlichen Auseinandersetzungen um. Die Regierungen Kohl und Schröder versuchten im Interesse der Industrie, die Kompetenz der *Europäischen Kommission* in Abrede zu stellen. Schließlich war die Bundesregierung nur durch europäisches Recht dazu zu zwingen, die nationale Umsetzung der Richtlinie zu betreiben. Mit dem *Ersten Gesetz zur Änderung des Vorläufigen Tabakgesetzes* wurde am 9. November 2006 ein juristisches Regelwerk geschaffen, das die Tabakwerbung zugunsten der Gesundheitsprävention einschränkte (Bundesgesetzblatt 2006: 3365).

Die Entwicklung der letzten Jahre kann für deutsche Verhältnisse geradezu als revolutionär angesehen werden. Dabei galt es, die Kompetenzen von Bund und Ländern zu achten. Für die Bundesebene sind neben dem schon erwähnten *Ersten Gesetz zur Änderung des Vorläufigen Tabakgesetzes* seit 2006 noch zwei weitere Novellen erfolgt. 2007 passierte das *Nichtraucherschutzgesetz* den Bundestag. Durch Artikel 1 des Gesetzes wurde das *Bundesnichtraucherschutzgesetz* geschaffen. Es regelte die Rauchverbote in den Einrichtungen des Bundes und in öffentlichen Verkehrsmitteln. Dort war das Rauchen nun grundsätzlich untersagt. Schon im Vorgriff auf das Inkrafttreten am 1. September 2007 beschloss das Bundeskabinett zum 1. Juli des Jahres die Umsetzung des Rauchverbots in allen Einrichtungen des Bundes. Gleichzeitig sollten geeignete Maßnahmen zum Nichtraucherschutz eingeleitet werden. Als Folge des Gesetzes ist seit Anfang September 2007 das Rauchen in allen öffentlichen Verkehrsmitteln untersagt – in Flugzeug, Bahn, Bus, Straßenbahn und Taxi (Bundesgesetzblatt 2007: 1595).

Weiterhin wurde zum 1. September 2007 der Jugendschutz erweitert. In der nun gültigen Fassung des Paragrafen 10 *Jugendschutzgesetz* durften Tabakwaren nicht mehr an Minderjährige abgegeben werden (ebd.: Artikel 3).

Letztere erhielten ein Rauchverbot in der Öffentlichkeit, das aber nicht zur Ordnungswidrigkeit oder gar Straftat gemacht wurde. 2007 erließen auch die Bundesländer Gesetze zum Nichtraucherschutz; für Universitäten, Schulen, Krankenhäuser und Behörden wurden Verbote erlassen. Die Gestaltung dieser Regelungen war allerdings nicht einheitlich (vergleiche Landtag Nordrhein-Westfalen 2007: 741; Landtag von Baden-Württemberg 2007; Landtag des Freistaates Bayern 2007: 919). Für Ungewissheiten sorgte bis vor kurzem die Regelung des Rauchens in Gaststätten. Ursprünglich hatte das *Bundesministerium für Gesundheit* versucht, eine Selbstverpflichtung des *Deutschen Hotel- und Gaststättenverbands* (DEHOGA) zu erreichen. Wegen des uneinsichtigen Verhaltens vieler Kneipiers entschloss sich der Bund dann doch zu einer Gesetzesinitiative. Sie scheiterte an der fehlenden Bundeskompetenz. Seit 2007 erließen daher die Bundesländer Regelungen. Einige Ländergesetze gestatteten Ausnahmen, etwa gesonderte Raucherräume, andere führten prinzipielle Rauchverbote ein. In Berlin und Baden-Württemberg kam es zu Verfassungsklagen, weil dort Gesetze geschaffen wurden, die das Rauchen in Gaststätten generell untersagten, wenn keine Raucherräume eingerichtet werden konnten (09.10. 2009, *http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20080730_1bvr326207.html*).

Nach Auslegung des Bundesverfassungsgerichts waren solche Gesetze verfassungswidrig, da sie die Einraumwirte benachteiligten. Beiden Bundesländern wurde bis Ende 2009 aufgegeben, ihre Gesetze entweder um Ausnahmen für Einraumkneipen und Diskotheken zu erweitern oder Rauchverbote ohne Ausnahmen zu erlassen. In Bayern wurden daraufhin alle Rauchverbote, die die EU einheitlich einführen wollte, im Wesentlichen wieder aufgehoben (vergleiche Landtag des Freistaates Bayern 2009).

Es bleibt noch eine wichtige Frage: Wie erfolgreich waren die bisherigen Bemühungen überhaupt? Dazu ist es sinnvoll, einen wichtigen Indikator zu betrachten, die Prävalenz des Rauchens. Zwischen 1960 und 1987 ging die Raucherquote in den USA von 42 auf 29 Prozent der Erwachsenen zurück. Im Jahre 2004 lag sie nur noch bei 21 Prozent. Insgesamt ist davon auszugehen, dass in den USA der Druck weiter zunehmen wird. Vorausgesetzt, die öffentliche Meinung ändert sich nicht tiefgreifend und die Verbote werden nicht durch Vollzugsdefizite verwässert, dann dürfte ein weiterer Rückgang des Tabakverbrauchs zu erwarten sein. In diesem Fall würden Bewusstseinswandel, Aufklärung und Prohibition alle in dieselbe Richtung wirken – allmählich nicht die Abschaffung, aber zumindest die

Marginalisierung des Rauchens zu erreichen. Mit den Novellen der Jahre 2006 und 2007 haben solche prohibitiven Ansätze auch Einzug in Deutschland gehalten. Bis auf die eigenen vier Wände und die freie Natur ist es auch hier für Raucher schwer geworden.

17. Ein Martini zu viel: Alkohol zwischen gesellschaftlicher Akzeptanz und Suchtprävention

In den USA wie im deutschsprachigen Raum gab es stets eine ambivalente Haltung gegenüber dem Alkohol. Traditionelle Akzeptanz des Trinkens mischte sich mit ebenso traditionsreicher Besorgnis über den (übermäßigen) Konsum. Bedenken, die von wissenschaftlicher Seite erhoben wurden, kamen nicht als Horrorszenarien bislang unbekannter Gefahren daher – im Grunde waren sie schon bekannt. Jeder Arzt wusste aus seiner Praxis von den Folgen schweren Alkoholismus zu berichten, ja, überhaupt jeder, der bereit war, seine Augen zu öffnen, bekam auf den Straßen der Großstädte, in der Nachbarschaft oder bei Kuren die Folgen übermäßigen Trinkens vor Augen geführt. Vielleicht war es gerade die Allgegenwart der Alkoholkrankheit, die nach 1945 die Befassung mit ihr so kompliziert machte.
Nach dem Zweiten Weltkrieg setzte sich in Deutschland und den USA ein sozialstaatlicher Ansatz durch. Gestützt auf die besser gefüllten Staatskassen reichte er von der Sozial- und Nicht-Sesshaften-Hilfe bis zur Entwöhnung in Spezialkliniken. Insgesamt wurde der Alkoholismus jedoch, vielleicht weil er als Problem so altbekannt war, in den Hintergrund gedrängt. Dies ließ sich für den wissenschaftlichen Bereich feststellen, der doch so großen Einfluss auf das Rauchen bzw. Nichtrauchen und die Ernährung erlangte. Erstaunlicherweise begann die sozialwissenschaftliche Erforschung des Alkoholkonsums, von einigen Vorläufern der Zeit um 1900 abgesehen, erst in den 1940er Jahren. Wichtig waren die Studien von Selden Bacon am *Yale Center of Alcohol Studies* (Bacon 1943). Die Gruppe setzte den Begriff *alcoholism* gegen das ältere *inebriety* durch. Der Schwerpunkt der Forschungen lag auf dem normalen Konsum und dessen Integration in den Alltag von Millionen von Amerikanern. Dieser breite Ansatz ging aber wieder verloren. Die Soziologie zum Beispiel befasste sich in ihrer Blütezeit, zwischen den 1950er und 1970er Jahren, vor allem mit dem Alkoholismus als abweichendem Verhalten und seiner Verbindung zum jeweiligen, nur zu gut bekannten, Umfeld von sozialen oder persönlichen Problemla-

gen. Eigentlich sollte man vermuten, dass besonders die USA stringente Strategien gegen Alkoholismus entwickelten. Nach der Prohibitionszeit war aber genau das Gegenteil der Fall. Zwar gab es Gesetze, die Produktion, Verkauf und Genuss von Alkohol regelten, wie etwa den Konsum in der Öffentlichkeit oder durch Jugendliche. Insgesamt jedoch verfolgten die USA eine Politik der geringen staatlichen Eingriffe. Noch stärker galt dies für die Bundesrepublik.

In Amerika war die gesellschaftliche Haltung gegenüber Alkohol seit der als gescheitertem Experiment interpretierten Prohibition ambivalent. In den 1980er Jahren waren zwar rund 30 Prozent der Erwachsenen totalabstinent, die Masse aber tolerierte immerhin den gemäßigten Konsum. Echter Alkoholismus wurde dagegen zumeist als Krankheit angesehen; gleichwohl war er weiterhin sozial stigmatisiert. Allgemein beobachtet wurde ab dieser Dekade ein Wiederaufleben temperenter oder sogar prohibitiver Ansätze. Hinweise darauf ergaben sich damals aus Interviews und Verbrauchsstatistiken. Bei einer Befragung, die Lou Harris durchführte, antworteten auf die Frage, ob sie denn verglichen mit der Zeit vor fünf Jahren heute weniger trinken würden, in den Jahren 1971 beziehungsweise 1985 31 beziehungsweise 45 Prozent der Befragten mit ja (*Business Week* vom 25. Februar 1985: 113). Zwischen 1982 und 1986 ging der Pro-Kopf-Verbrauch von Alkohol, besonders von Spirituosen, deutlich zurück (Leichter 1991: 155).

Die neue Welle von Abstinenz und Temperenz verwies auf jene konservative Revolution, die Richard Nixon 1968 ausgerufen hatte. Umgesetzt wurden die meisten Ziele der Neo-Konservativen jedoch erst unter den Präsidenten Reagan und Bush junior. Dazu passte, dass die Auffassung, Alkoholismus sei eine Krankheit, nach 1980 durchaus wieder angezweifelt wurde. Bis dahin blieben die staatlichen Eingriffe in den Alkoholmarkt geringfügig. Diese Untätigkeit hatte eine wichtige Ursache: wissenschaftliche Unbestimmtheiten. Während das Rauchen offenkundig schädlich war, unabhängig von der täglich konsumierten Menge, gab und gibt es keine derartig strikte Festlegung beim Alkohol. Er wurde stets nur von Puritanern aus moralischen Gründen gänzlich abgelehnt. Dagegen galt seit Langem ein diffuser Konsens, wonach der mäßige Genuss bei Erwachsenen generell beziehungsweise bei Frauen außerhalb der Schwangerschaft eher unbedenklich war. Strittig war und ist nur die empfohlene durchschnittliche Höchstmenge pro Tag.

Somit war auch die komplette Aufgabe des Konsums kein vorrangiges gesundheitspolitisches Ziel. Eher ging es darum, den mäßigen Genuss zu fördern. Damit griffen ebenfalls nicht (oder nicht in vergleichbarer Form) jene gesetzlichen Instrumentarien, die im Kampf gegen das Rauchen immer bedeutsamer wurden: Steuererhöhungen, Warnhinweise oder Werbeverbote. Dennoch stand die Alkoholpolitik vor einem Dilemma: Wie ließ sich überhaupt bestimmen, was geringer, mäßiger oder starker Konsum war? Besonders die Versuche von Medizinern, einen noch akzeptablen Verbrauch zu definieren, zeichneten sich durch hohe Spannweiten aus. Sie reichten bei Männern von drei bis zu 35 Halblitergläsern Bier in der Woche. Die als ungefährlich angegebene Tagesdosis variierte also um den Faktor zehn! Solche pauschalen Ratschläge waren außerdem nach Sicht der Experten jeweils individuell anzupassen an Alter, Geschlecht, Gewicht und Konstitution. Der Vorschlag, moderat zu trinken, war eine an Vagheit kaum zu überbietende Empfehlung. Gleiches galt über Jahrzehnte für den Alkoholismus. Auch hier variierte die Definition enorm, und diese Vagheit erschwerte die Prävention. Weitere Ambivalenzen brachten die medizinischen Lehrmeinungen mit sich. Sie ermöglichten es, zwischen zwei Gruppen zu unterscheiden, einerseits der Masse der mäßigen und andererseits einer kleinen Gruppe von exzessiven Trinkern. Letztere hatten angeblich eine genetische Prädisposition. Für die Prävention bedeutete dies: Der breiten Masse musste man in ihrem moderaten Verbrauch nur beratend zur Seite zu stehen. Menschen mit erblicher Veranlagung blieb ohnehin nur die Totalabstinenz.

Vordergründig schienen um 1990 die Probleme, die der Alkohol auslöste, geringer als diejenigen durch das Rauchen zu sein. In den 1980er Jahren starben in den USA jährlich 390.000 Menschen an den Folgen des Rauchens, aber wahrscheinlich nur etwa 100.000 an denen des Trinkens. Der gesellschaftliche Schaden durch Alkohol war dennoch erheblich. Nach Schätzungen gab es in den USA im Jahre 1990 ungefähr 18 Millionen Alkoholiker und weitere 50 bis 60 Millionen Menschen, die als Familienmitglieder mittelbar betroffen waren, durch sexuellen Missbrauch, Scheidungen, Arbeitslosigkeit und Gewalttätigkeit. Tausende starben an den direkten Folgen der Trunksucht, etwa durch Leber- oder Magenkrankheiten; Leberzirrhose war 1987 die neunthäufigste Todesursache; Alkohol verursachte Krebs, besonders von Lippe, Kehlkopf und Magen. 1980 waren rund 39 Prozent der national fast 100.000 Unfalltoten durch das Trinken verursacht, und etwa genauso hoch war der Prozentsatz durch Alkohol

beeinflusster Tötungsdelikte und Selbstmorde (vergleiche Ravenholt 1984: 697–724). In den 1980er Jahren stand nach Angaben des *U.S. Department of Health and Human Services* rund die Hälfte der durch die Polizei Verhafteten unter Alkoholeinfluss. Dasselbe Ministerium gab für 1983 einen wirtschaftlichen Gesamtschaden in Höhe von beinahe 116 Milliarden Dollar an, den der Alkohol verursachte (U.S. Department of Health and Human Services 1987: 23, 45).

Im Grunde gab es zwei Wege, wie Gesundheitspolitik und Alkohol miteinander verbunden waren. Erstens über den echten Alkoholismus; in den letzten Dekaden wurde er überwiegend als Krankheit verstanden und behandelt: Entgiftung, Entzug, Entwöhnung, anschließende soziale Betreuung – ein Vorgehen, das sich kaum von dem bei anderen Drogenkrankheiten unterschied. Zweitens ging es um Versuche, das maßvolle Trinken zu fördern. In Maßen genossen (man denke die entsprechende Vagheit immer mit) waren alkoholhaltige Getränke verglichen mit Zigaretten relativ sichere Produkte. Unter dieser Perspektive konnte sich eine vorausschauende Gesundheitspolitik darauf beschränken, auf Mäßigung hinzuwirken, nicht aber auf Totalabstinenz. Der staatlichen Kontrollpolitik standen dabei im Wesentlichen drei Methoden zur Verfügung: Beschränkung des Verbrauchs durch höhere Verkaufspreise, erschwerte Verkaufswege und festgelegte Mindestalter; strafrechtliche Verfolgung von Risikoverhalten, etwa im Straßenverkehr; Erziehungskampagnen, um die Akzeptanz des Alkohols zu verringern.

Generell galten Preis und Verfügbarkeit als wichtigste Mittel, um das Gesamtniveau des Alkoholkonsums in einer Gesellschaft einzuschränken. Die internationale Alkoholpolitik wurde seit den 1950er Jahren durch Thesen des französischen Sozialstatistikers Sully Ledermann (1915–1967) beeinflusst (Ledermann 1956). Nach seinen Beobachtungen hing die Anzahl der Problemfälle, der Alkoholiker, in einer Gesellschaft unmittelbar mit dem Gesamtniveau des Verbrauchs zusammen. Je verbreiteter und zugänglicher der Alkohol im Alltag sei, desto mehr Suchtkranke seien vorhanden. Die Prävalenz des Alkohols erzeuge eine »Gefahrenzone«, die mit dem Gesamtumfang des Verbrauchs korreliere. Der Grad des »normalen« Konsums beeinflusse somit die Quote der Suchtkranken. Die bisherigen Erklärungsmuster für Alkoholismus griffen daher zu kurz: Es seien weder soziale, persönliche oder genetische Faktoren allein ursächlich. Niemand werde nur deshalb suchtkrank, weil seine Ehe gescheitert , Probleme am Arbeitsplatz eskaliert seien oder eine genetische Prädisposition vorliege.

Alkoholismus sei eine Folge des Umfanges des gemäßigten Konsums. Die daraus abgeleitete Kontrollpolitik war jedoch problematisch, da sie von einem Umkehrschluss ausging: Je teurer Alkohol im Verkauf und je schwieriger erhältlich er war, desto geringer war nicht nur der gesunde, sondern auch der ungesunde Verbrauch.

Dabei galt der Verkaufspreis als entscheidend für das jeweilige nationale Ausmaß des Verbrauchs. Im Allgemeinen reagierten Alkoholkäufer stärker auf Preisveränderungen als Raucher, die auch in dieser Hinsicht eher mit anderen Drogenkranken zu vergleichen waren. Dennoch spielten höhere Steuern als Mittel der Prävention in den USA keine nennenswerte Rolle. Bis etwa 1990 hielten die Steuererhöhungen nicht einmal mit der Inflationsrate mit; Alkohol wurde, zumindest in Bezug auf die staatliche Abgabenlast, sogar preiswerter. Zwischen 1951 und 1990 blieb die Bundessteuer auf Bier und Wein auf gleicher Höhe; diejenige auf ein Fifth of Whiskey (ungefähr 0,75 Liter) wurde nur um 40 Cent erhöht. Der Anteil der Alkoholsteuern am gesamten Steueraufkommen des Bundes reduzierte sich im Zeitraum von 1941 bis 1988 von elf auf weniger als ein Prozent (National Alcohol Tax Coalition 1985: 2). Offenkundig lag eine deutliche Verringerung des Konsums über Steuererhöhungen nicht im Interesse der Bundes- und Staatsregierungen der USA; zumal die entsprechende Industrie um das Jahr 2000 mindestens 70 Milliarden Dollar jährlich umsetzte und für ein Steueraufkommen für Bund, Staat und Gemeinden von rund 13 Milliarden Dollar sorgte. Bis in die jüngste Vergangenheit sind nennenswerte Steuererhöhungen daher in den USA unterblieben.

Dies markiert einen deutlichen Unterschied zur Begrenzung der Zugänglichkeit. In den letzten drei Dekaden wurde das prohibitive Erbe der USA wieder bedeutsamer. Dabei verbanden sich gesunder Lebensstil, evangelikaler Fundamentalismus und Abwehr des (jugendlichen) Konsums von Drogen und Alkohol im Rahmen der neo-konservativen Revolution. 1983 empfahl die *Presidential Commission on Drunk Driving* den Staaten, *dram shop*-Gesetze zu erlassen. Danach konnten Personen, die Alkohol an offenbar schwer Betrunkene abgegeben hatten, haftbar gemacht werden. Bis 1985 hatten 22 US-Staaten derartige Regelungen getroffen. Das für die Alkoholpolitik wichtigste Ereignis war ein Bundesgesetz aus dem Jahre 1984. Es entzog den Staaten Gelder für den Bau von Bundesstraßen, wenn sie das gesetzliche *Drinking Age* nicht auf über 21 Jahre festlegten (U.S. Presidential Commission on Drunk Driving 1983: 10).

In den folgenden zwei Jahren kam es in den Einzelstaaten zu heftigen Debatten. Allerdings war die Forderung nach Begrenzung des Konsums der unter-21-Jährigen zu populär und der finanzielle Druck aus Washington zu stark. Im März 1988 war Wyoming der letzte US-Staat, der ein entsprechendes Gesetz implementierte. In solchen Einschränkungen für Jugendliche und Heranwachsende liegt bis heute der Schwerpunkt der US-Präventionspolitik. Sie ließ die Prohibition selektiv zu und zielte auf die Tatsache, dass Alkohol im Straßenverkehr eine der wichtigsten Todesursachen für junge Menschen geworden war. Im Jahre 1988 wurden in den USA über 47.000 Menschen bei Autounfällen getötet; rund die Hälfte dieser Fälle, genau 23.352, waren auf Trunkenheit, besonders bei jungen Männern unter 25, zurückzuführen (Leichter 1991: 162f.).

Eine eher untergeordnete Rolle spielte dagegen der Kampf gegen Alkohol verherrlichende Werbung. In den USA obliegt deren Kontrolle bis heute zwei Behörden: FTC und *Bureau of Alcohol, Tobacco, and Firearms* (BATF). Die FTC greift nur bei unfairem oder betrügerischem Wettbewerb beziehungsweise bei derartigen Werbe- oder Marketingpraktiken ein. Ihre Kompetenz hat die FTC in den letzten Jahrzehnten eng ausgelegt. Das BATF hat seit 1935 die Aufgabe, falsche, in die Irre führende, obszöne oder unanständige Äußerungen zu unterbinden, insofern diese bei der Werbung für Bier, Wein und Spirituosen getroffen werden. Primär soll alerdings verhindert werden, dass Alkohol in der Werbung ein gesundheitlicher Wert zugeschrieben wird.

Die wirkliche Kontrolle über die Alkoholwerbung liegt bis heute in den Händen der Werbebranche selbst. Zur Regulierung hatte sie in Zusammenarbeit mit Erzeugern und Medien eigene Codes erarbeitet. Werbung für Alkohol hat seit den 1980er Jahren immer wieder die Kritik von Gesundheitsschützern auf sich gezogen, weil Alkohol in einen systematischen Zusammenhang mit Erfolgen in Sport, Liebesleben oder Beruf gebracht wurde. Erst 1985 bildete sich aber eine Koalition von gesellschaftlichen Gruppen, die aus verschiedenen Gründen gegen die Alkoholwerbung vorgehen wollten. Zu diesen Gruppen zählten Religionsgemeinschaften wie Mormonen, Baptisten und Methodisten, die *National Parents Teacher Association*, gesundheitlich orientierte Gruppen wie das *National Council on Alcoholism* und die Verbraucherschützer um Ralph Nader. Sie alle organisierten sich um die Kampagne *Project SMART* (*Stop Marketing Alcohol on Radio and Television*) und forderten ein vollständiges Verbot der Werbung beziehungsweise eine gesetzliche Verpflichtung für die Werbeträger, gleichlange

Zeiträume für Gegenwerbung zu gewährleisten. Die Getränke- und Werbeindustrie startete daraufhin die größte und aggressivste Werbekampagne, die die USA bis dahin gesehen hatten. Dabei konzentrierte man sich auf die systematische Unterscheidung von mäßigem und krankhaftem Trinken. Die Interessengruppen fochten ihren Konflikt am 7. Februar 1985 vor dem *Subcommittee on Children, Family, Drugs, and Alcoholism* aus. Dies war der bisherige Höhepunkt der Versuche, Alkoholwerbung in den USA stärker zu regulieren (U.S. Congress, Senate 1985: 240ff.).

Parallel zur Debatte um die Werbung vollzog sich die Kampagne des Senators Strom Thurmond, eines Republikaners aus South Carolina. Er hatte bereits 1969 beantragt, Warnhinweise für Spirituosen obligatorisch zu machen. Seitdem wiederholte er seine Initiative in jeder folgenden Sitzungsperiode. Erst 1988 fand Thurmond einen unerwarteten Bundesgenossen, den Kongressabgeordneten John Conyers, einen schwarzen, liberalen Demokraten aus Detroit. Seine Sorge galt den Folgen des unter schwarzen US-Bürgern hohen Alkoholgenusses. Dem Bündnis eines konservativen Südstaaten-Prohibitionisten mit einem *Radical* aus einem Elendsgebiet gaben Kommentatoren zunächst kaum eine Chance. Allerdings wirkte sich der Zeitpunkt der Gesetzesinitiative förderlich aus: Ende 1988 standen Wahlen zum Kongress und zur Präsidentschaft an. Der Kandidat der Republikaner, George Bush senior, hatte Drogen zu einem seiner Hauptthemen gemacht. Kaum ein Politiker konnte es sich damals leisten, diesem Problem gegenüber als nachlässig zu erscheinen.

Der *Thurmond-Conyers-Bill* wurde von über 50 Organisationen aus Gesundheit, Erziehung und Verbraucherschutz unterstützt. Der ursprüngliche Entwurf sah fünf alternative Hinweise vor, die auf Flaschen, Kartons und so weiter anzubringen waren. Alkohol wurde per Gesetz als Droge bezeichnet, die zur Sucht führte, beziehungsweise als Substanz, welche die Gefahr deutlich erhöhte, an Bluthochdruck, Leberleiden oder Tumoren zu erkranken. Einige Mitglieder des Kongresses verlangten, Warnhinweise auch für die Werbung obligatorisch zu machen. Anders als beim Tabak kam es jedoch nicht zu speziellen Anti-Alkohol-Gesetzen. Alkohol wurde als Substanz mit in den *Omnibus Anti-Substance Abuse Act* von 1988 einbezogen. Title VIII novellierte den *Federal Food, Drug, and Cosmetic Act* so, dass Warnungen obligatorisch wurden. Sie waren ab November 1989 auf allen zum Verkauf bestimmten Behältnissen anzubringen, wenn die darin enthaltene Substanz mehr als ein halbes Prozent Alkohol enthielt (U.S. House of Representatives 1988, Title VIII).

Insgesamt war diese Gestaltung der Warnhinweise sicher ein Sieg der Industrie. Sie hatte nicht nur Warnungen durchgesetzt, die sehr zurückhaltend formuliert waren, sondern noch weitere Erfolge erzielt: Erstens ersetzten die Hinweise alle bis dahin gültigen einzelstaatlichen Regelungen und zweitens wurden ähnliche Vorschriften für die Werbung verhindert. Kritiker monierten die kaum leserlichen, winzigen Aufdrucke, die auf den Alkohol-Labeln in Folge des Gesetzes angebracht wurden. Nach einer weiteren Auseinandersetzung erließ das BATF Bestimmungen, die die Gestaltung der Hinweise genauer regelten. Das Wort »Government Warning« war seit Februar 1990 in Großbuchstaben und fett gedruckt zu verwenden. Seitdem ist die US-Alkoholpolitik bis zum heutigen Zeitpunkt auf etwa gleichem Stand stagniert. Sie hat, abgesehen von sanften Warnhinweisen auf Verpackungen und einer faktischen Prohibition für Jugendliche unter 21 Jahren, kaum weitere Erfolge erzielt.

Ähnliches lässt sich für die Bundesrepublik Deutschland feststellen. Als sich nach dem Zweiten Weltkrieg die Verhaltensweisen der Bevölkerung durch Wohlstandsrevolution und internationale Öffnung wandelten, geschah dies weitgehend unbeeinflusst durch die Gesundheitsberufe. Hinzu kam eine gesundheitspolitische Abstinenz des Staates, die durch eine deutsche Besonderheit verstärkt wurde: Staatliche Bevormundung war durch das NS-Regime in Misskredit geraten, was während der Systemkonkurrenz mit der DDR weiter zugespitzt wurde. Die Betonung der persönlichen Freiheit erreichte um 1970 ihren Höhepunkt: Den damaligen Protest- und Emanzipationsbewegungen ging es gerade um diese Freiheit – mit dem eigenen Körper, der nicht mehr Staat, Familie, Ehemännern und so weiter gehören sollte, das zu tun, was man selbst für richtig hielt.

Die Bundesrepublik hat bis in die jüngste Vergangenheit kaum zu den internationalen Vorreitern der Verhaltens- und Suchtprävention gehört. Erst in den letzten Jahren, auch durch die explodierenden Gesundheitskosten mit bedingt, hat sich wieder ein gewisses Interesse an sozialmedizinischen Ansätzen eingestellt. Erschwert wurde dies allein schon durch terminologische Unklarheiten: Denn selbst Kernbegriffe wie Prävention und Prophylaxe werden in der deutschen Sprache unklar verwendet. So wird der Begriff Prävention vorwiegend in der Justiz gebraucht, als Kriminalprävention, also als Lehre von der Verhinderung von Straftaten. Prophylaxe meint dagegen jenes Handeln der Gesundheitsberufe, das Krankheiten verhindern soll. Beispiele sind dabei Diätempfehlungen, Kariesprophylaxe oder Impfungen. Zudem wird seit den 1970er Jahren gesundheitli-

che Prävention auf Maßnahmen zugespitzt, die den Missbrauch von psychotropen Substanzen verhindern sollen. Solche Prävention zielt in erster Linie auf illegale Drogen, erst in zweiter Linie auf Tabak und Alkohol (siehe dazu Hüllinghorst 2000a: 266–281).

Die Suchtprävention setzte in der Bundesrepublik erst zum Ende der 1960er Jahre ein, als die Drogenwelle auf die damaligen Oberschüler übergriff. Sie begann als rein stofforientierte Abschreckung. So standen in den folgenden Dekaden stets vermeintlich sachliche Informationen über illegale Drogen im Vordergrund. Besonders in den letzten zehn Jahren hat sich immerhin ein umfassendes und ursachenorientiertes Verständnis von Sucht und Missbrauch entwickelt. Es unterscheidet inzwischen kaum noch zwischen erlaubten und verbotenen Substanzen. Dafür war eine Entdeckung aus der Erforschung der illegalen Drogen bedeutsam: Der Gebrauch von legalen Drogen wie Nikotin und Alkohol förderte, zumal bei Jugendlichen, den Einstieg in den Konsum verbotener Drogen. Zudem erhöhte das Rauchen statistisch die Wahrscheinlichkeit exzessiven Trinkens. Dies beförderte wiederum den Genuss von Cannabis. Alle drei hier genannten Gruppen von Drogen schließlich waren in Kombination entscheidende Faktoren für den Konsum harter Drogen. Im Grunde wurde die Suchtprävention gegen Alkohol (und Tabak) in Deutschland über den Kampf gegen Rauschgift wiederentdeckt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1998).

Die wichtigsten öffentlichen Träger im Kampf gegen Alkoholismus waren seit den 1960er Jahren das *Bundesgesundheitsministerium* beziehungsweise die in dessen Geschäftsbereich wirkende *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Deren Aktivitäten wurden in den Ländern durch die jeweiligen Ministerien beziehungsweise Ämter umgesetzt und oft mit eigenen Akzenten versehen. Daneben existierten Bund-Länder-Koordinierungskreise, Landesarbeitsgemeinschaften und Präventionsarbeitskreise. Schwerpunkt der Aktivitäten in den Bundesländern war die Suchtprävention gegen illegale Drogen. Diese wurde von vielen verschiedenen Ebenen aus in Angriff genommen. Schulen führten Maßnahmen gegen psychotrope Substanzen durch, wobei die Aktionen durch Materialien und Unterweisungen von Lehrerfortbildungsinstituten unterstützt wurden. Spätestens seit den 1980er Jahren gab es auf jede Schulform und Altersklasse angepasste Unterlagen. Fachstellen für Suchtvorbeugung arbeiteten mit Multiplikatoren zusammen, zum Beispiel Beauftragten in Betrieben. Besonders aktiv waren Einrichtungen der Jugendhilfe und des Jugendschutzes, wiederum haupt-

sächlich im Rahmen der Suchtprävention. Seit der Gesundheitsreform des Jahres 2000 ist es für Krankenkassen möglich geworden, präventive Maßnahmen zu unterstützen. Seitdem halten Krankenkassen Plakate, Broschüren und Filme für ihre Multiplikatoren bereit. Zudem werden Verhaltenstrainings für Abhängige oder Gefährdete angeboten. Fachverbände waren ebenfalls aktiv, etwa die *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.*

Bei der Suchtprävention lag der Schwerpunkt immer auf der Familien- und Jugendpolitik. Weiterhin dominierte der substanzbezogene Ansatz. Dies fokussierte die Prävention auf eine quantitativ beinahe marginale Gruppe, die langjährig abhängigen Heroinkonsumenten – zunächst als Bedrohung der Jugend und seit der Aids-Epidemie als Gesundheitsgefahr für die sogenannte Normalbevölkerung. Diese beziehungsweise deren gesundheitsschädigendes Verhalten geriet erst jüngst – über die Umsetzung von Richtlinien der Europäischen Gemeinschaften –in den Mittelpunkt. In der Alkoholpolitik haben sich die Handelnden dabei auf drei Maßnahmen festgelegt. Sie werden in ihrer Gesamtheit als bevölkerungsbezogener Ansatz bezeichnet (vergleiche Hüllinghorst 2000b: 43ff.).

Erstens gab es Tendenzen zur weiteren Regulierung der Verfügbarkeit. Als erfolgreich und wissenschaftlich nachgewiesen galt die Strategie einer Gesamtreduktion des Verbrauchs. Man erhöhte für die jüngere Bevölkerung das Einstiegsalter, erschwerte den Zugang für Erwachsene und erhoffte sich davon einen mittel- oder langfristigen Rückgang des Konsums überhaupt. Der Verkauf von Alkohol beziehungsweise Branntwein und deren Ausschank (sowie Abgabe von Zigaretten und Rauchen in der Öffentlichkeit) unterlagen bereits seit 1951 dem Jugendschutz. Allerdings wurden dessen Bestimmungen kaum konsequent angewandt in einem Land, in dem Zigaretten frei für Minderjährige in Automaten erhältlich waren. Erst kürzlich wurde der Verkauf an Automaten für Zigaretten neu geregelt. Der Konsum konnte zweitens über den Preis gesenkt werden. Dies war – zumindest vordergründig – der Sinn der Steuern auf alkoholische Erzeugnisse. Allerdings wurden in der Bundesrepublik stets pauschale Verbrauchssteuern erhoben. Als sinnvoller galten zweckgebundene Abgaben, mit denen die finanziellen Gewinne aus dem Verkauf zu verbinden waren. Drittens sollten die Bedingungen für den Verbrauch von Alkohol geändert werden. Dies war eher eine Frage der kulturellen Werte und deren Beeinflussung.

Allerdings waren die Bedingungen, unter denen Industrie und Handel auf der einen Seite und Gesundheitsaufklärung auf der anderen Seite an-

traten, deutlich ungleich. Im Jahre 1998 lag der Werbeaufwand der Alkohol- und Tabakindustrie bei bundesweit rund 20 Milliarden Deutsche Mark. Der gesamte Etat für Suchtprävention betrug nur 0,1 Prozent dieser Summe, rund 20 Millionen Deutsche Mark. Anders als beim Rauchen liegen Werbe- oder sogar Konsumverbote für Alkohol in weiter Ferne. Für Bier, Wein und Spirituosen wurde Derartiges bisher kaum ernsthaft angestrebt. Anvisiert wird seit einigen Jahren bei alkoholischen Getränken immerhin eine Senkung des Konsums: nach Vorgaben der WHO von 10,7 Liter reinen Alkohols pro Kopf und Jahr 2000 auf rund 6 Liter in absehbarer Zukunft (Hüllinghorst 2000a: 279).

Dies war der Hintergrund für den *Aktionsplan Alkohol* (Nickels 2000: 283ff.). Schon auf ihrer Sitzung Ende November 1997 hatte die *Konferenz der Gesundheitsminister des Bundes und der Länder* (GMK) ihre Besorgnis über den steigenden Alkoholkonsum geäußert. Beschleunigt wurde dies durch den *Europäischen Aktionsplan Alkohol*, den das Regionalbüro der WHO 1992 beschlossen hatte (WHO 1992; WHO 2006). Ein weiteres Mal wirkten so internationale Impulse gegen die deutsche Stagnation. Der Aktionsplan war geprägt von den sozialen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Problemen, die in Europa durch den Alkohol hervorgerufen wurden. Zentrales Anliegen der WHO war ein europaweites Aktionsbündnis zur Reduktion der Folgeschäden. Dazu sollten verschiedenste Akteure zusammenwirken: Ärzte, Parteien, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände, Medien, Alkohol- und Werbeindustrie, Kirchen, Jugendverbände und Suchtkrankenhilfe. Denn inzwischen waren die Schäden des (übermäßigen) Konsums zu offensichtlich geworden: Zu Beginn der 1990er Jahre starben in Deutschland jährlich rund 18.000 Menschen an einer Leberzirrhose. Etwa sechs Prozent aller Todesfälle in der Altersgruppe der unter 75-Jährigen war durch Alkoholmissbrauch verursacht. Europaweit beliefen sich seine Kosten im Gesundheits-, Rechts-, Sozial- und Verkehrswesen auf fünf bis sechs Prozent des Bruttosozialproduktes (Nickels 2000: 288).

Der *Aktionsplan Alkohol* strebte weder Abstinenz noch Prohibition an. Sein wichtigstes Anliegen war die Reduktion des Gesamtverbrauchs durch ein zu entwickelndes Problembewusstsein. Mäßigung war künftig im Alltag zu lernen und zu praktizieren. Weiterhin war die »Punkt-Nüchternheit« zu fördern. Darunter verstanden Präventionsexperten nicht den generellen Verzicht, sondern den Nicht-Gebrauch zu bestimmten Zeiten und in spezifischen Situationen: im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz, bei Stress, in Kindheit und Jugend, während der Schwangerschaft, in Schulen, Betrieben

und Krankenhäusern. Schließlich war die Werbung einzuschränken. Über eine Preis- und Steuerregulierung sollte die Verfügbarkeit von Alkohol reduziert werden. Diese Strategie stützte sich auf Forschungen, nach denen die Preishöhe einen entscheidenden Einfluss auf den Konsum in einer Gesellschaft hatte (dazu Edwards 1997). An den Verkaufsstellen sollte sichtbar gemacht werden, dass Alkohol kein normales Lebensmittel war. Schließlich war die Hilfe für Suchtkranke zu verbessern. In der Bundesrepublik erreichten bis dahin medizinische und psychologische Therapien vor allem jene Alkoholkranken, die ohnehin gute Prognosen für eine Heilung hatten.

Der *Aktionsplan Alkohol* zeigte die Ambivalenzen der deutschen wie europäischen Politik auf. Auch er blieb weit hinter dem zurück, was Experten in den letzten Jahren zunehmend forderten. Jüngst wurden effektive, alkoholpolitische Maßnahmen geradezu zum Programm für die Zukunft stilisiert. Mit solchen Forderungen wurde auf eine stärkere Intervention des Gesetzgebers und den tatsächlichen Vollzug vorhandener Gesetze gedrängt (Kraus 2005: 300–308). Allgemein wurde eine Einschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol gefordert. Entgegen den Trends zu einer Liberalisierung der Öffnungszeiten war darunter gerade die Wiedereinführung von Sperrzeiten für Ausschank und Verkauf zu verstehen. Weiterhin wurde eine Erhöhung des gesetzlichen Mindestalters für den Erwerb verlangt beziehungsweise eine konsequente Durchsetzung der schon gültigen Regelungen. Dazu gehörten Forderungen nach einer weiteren Absenkung der Promillegrenze und die verdachtsfreie Atemalkoholkontrolle für Autofahrer. Die Besteuerung von alkoholischen Getränken sollte von einem fiskalischen zu einem präventiven Steuerungselement entwickelt werden. Ärztliche oder psychologische Hilfe sollte nicht erst die schwer Alkoholkranken erreichen, sondern bereits Personen erfassen, bei denen eine erhöhte Suchtgefahr bestand. Die Bilanz, nach der »die Wirklichkeit präventiv orientierter alkoholpolitischer Maßnahmen in Deutschland weiter hinter den Möglichkeiten zurückbleibt« (ebd.: 310), ist insofern nicht nur als Hoffnung, sondern durchaus auch als Drohung mit einer künftigen Prohibition zu verstehen. Es bleibt abzuwarten, ob Deutschland beziehungsweise die *Europäische Union* sich in Zukunft stärker in diese Richtung hin entwickeln werden.

18. Von der Gesundheitserziehung zur Health Promotion

Manche Experten meinen, dass die Bundesrepublik nach ihrer Staatsgründung 1949 zu einem »präventionspolitischen Entwicklungsland« wurde (Rosenbrock 1998: 202). Vielleicht ist dies überzeichnet, aber nach den Zerstörungen durch die NS-Medizin dauerte es etwa 40 Jahre, bis allein ihre Verbrechen aufgearbeitet waren. Bis dahin hatte die Prävention in der Bundesrepublik in keinem Bereich des Gesundheitswesens eine sichere Verankerung. Nach 1949 bestand zunächst kaum politisches Interesse an einer umfassenden Gesundheitspolitik. So gelang es der Ärzteschaft mühelos, trotz teilweise erheblicher persönlicher Verstrickungen das entstandene Vakuum zu füllen. Der sozialen beziehungsweise individuellen Prävention wurden dabei Denk- und Handlungsmuster der kurativen Medizin übergestülpt. Besonders seit den 1960er Jahren wurde dies mit dem Masseneinsatz von echten beziehungsweise scheinbaren pharmazeutischen Innovationen verbunden. Dabei spielte die Fixierung auf den Fettstoffwechsel eine zentrale Rolle. Er wurde zum Prototypen für die Bekämpfung der sogenannten Risikofaktoren, welche die klinische Medizin als die Hauptursache der Zivilisations- oder Wohlstandskrankheiten ausgemacht hatte (Schmacke 2002: 181).

Zwar gab es in den 1950er Jahren nochmals Ansätze, an die Sozialprävention der Weimarer Zeit anzuknüpfen: Wilhelm Hagen versuchte aus dem Bundesinnenministerium heraus, ein Gesundheitsfürsorgegesetz für Schwangere, Säuglinge, Kleinkinder und Jugendliche durchzusetzen. Die anders ausgerichteten Schlüsselentscheidungen wurden in der Mitte der Dekade getroffen. Im August 1955 wurde mit dem Gesetz über das Kassenarztrecht ein Behandlungsmonopol der durch die Krankenkassen zugelassenen Ärzte geschaffen. Noch 1957 scheiterten Versuche der SPD, gemeindliche Leistungen in den Mittelpunkt der Gesundheitsfürsorge zu stellen. Selbst die Initiative des *Deutschen Städtetages* von 1956 blieb erfolglos; er hatte damals den Aufbau einer vorbeugenden Gesundheitshilfe auf

Gemeindeebene gefordert. Es blieb jedoch bei vagen Vorstellungen über Volksbelehrung, Beratungsstellen für Schwangere und Mütter sowie die Wiederaufnahme des Kampfes gegen alte und neue Volkskrankheiten.

Diese wurden seit den frühen 1970er Jahren mithilfe des neuen Modells der Risikofaktoren angegangen. Es wurde zeitgenössisch aus den USA übernommen und von Hans Schaefer und Maria Blohmke in ihrem *Handbuch der Sozialmedizin* verbreitet (Schaefer/Blohmke 1975-77). Damit war ein integrativer Ansatz vorgegeben. Lebensbedingungen und -stil wurden in ihrer Bedeutung für pathologische Prozesse ernst genommen. Problematisch war dabei, dass dieser sinnvolle Ansatz von einer kommerzialisierten Medizin usurpiert wurde. Sie setzte den Kampf gegen Risikofaktoren mit der Vorbeugung durch Medikation gleich. Wesentlich geschwächt wurde die Prävention aber nicht nur durch die Unbestimmtheiten der Risikofaktoren, sondern auch durch den seit den 1950er Jahren in der kurativen Medizin stattfindenden echten Fortschritt. Eindrucksvolles wurde in der Unfall- und Transplantationschirurgie und der Behandlung von Krankheiten erreicht.

Zwischen 1949 und 1990 gab es daher kaum Bewegung in der bundesdeutschen Präventionspolitik und nur wenige Versuche, vom Konzept der flächendeckenden Absicherung von »Reparaturleistungen« abzurücken. Als nichts anders war die Fixierung auf Großkrankenhäuser, chirurgische Operationstechniken und immer bessere Medikamente ja zu verstehen. Nur wenige forderten in dieser Zeit eine stärkere Berücksichtigung der Sozialmedizin, so Hans Schaefer, Christian von Ferber oder der damals einzige Inhaber eines Lehrstuhls für Sozialepidemiologie in Westdeutschland, Manfred Pflanz (Pflanz 1962; Schaefer 1963; Ferber 1971; Schaefer 1967). Weitere Ansätze ergaben sich aus der Tagung *Medizin und Gesellschaft* von 1973, der DGB-Denkschrift *Sozialpolitik und Selbstverwaltung* aus dem Jahre 1977 und der Etablierung einer kritischen Medizin (Deppe 1973; Standfest 1977). Sie meldete sich erstmals 1980 auf den Gesundheitstagen in Berlin, Hamburg, Bremen und Kassel zu Wort. Wie schon beim Alkohol und Rauchen kamen die Impulse für eine integrierte Gesundheitspolitik wiederum von außen, von der *Charta von Ottawa*. Sie war am 21. November 1986 auf einer Konferenz in der kanadischen Hauptstadt durch die WHO beschlossen worden. Die Konferenz verstand sich als Antwort auf die Erwartungen an eine erneuerte Gesundheitsbewegung in den entwickelten Ländern. Ausgangspunkte waren die Deklaration von Alma-Ata, das

WHO-Dokument *Gesundheit für alle* und die Debatte über die Potenziale des intersektoriellen Zusammenwirkens für die Gesundheit (WHO 1978).

Die *Charta von Ottawa* formulierte Leitlinien für eine erneuerte Gesundheitspolitik (WHO 1986). Leitbegriff war die Gesundheitsförderung. Sie zielte auf einen Prozess,der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie damit zugleich zu deren Stärkung befähigen sollte. Voraussetzung war die Erlangung umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Einzelne wie Gruppen sollten in die Lage versetzt werden, Bedürfnisse zu befriedigen, Wünsche zu realisieren und Umwelten verändern zu können. Gesundheit wurde von einem Lebensziel zu einem Bestandteil des Alltags. Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung verschob sich aus der Kompetenz des Gesundheitssektors auf Politik, soziale Gruppen und Individuen. Gesundheit erforderte grundlegende Bedingungen wie Frieden, Bildung, Ernährung und Einkommen, stabiles Ökosystem, sorgfältige Verwendung von Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Gesundheit war mit der Vertretung von Interessen zu verbinden. Politische, ökonomische, soziale, kulturelle sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren konnten entweder der Gesundheit zuträglich sein oder sie schädigen. Gesundheitsförderung sollte auf Chancengleichheit ausgerichtet werden, denn Menschen konnten ihr Gesundheitspotenzial nur dann entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussten, überhaupt Einfluss nehmen konnten. Der Gesundheitssektor war gar nicht in der Lage, allein die Voraussetzungen für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangte viel mehr, nämlich ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung aller Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nicht-staatlichen und selbst organisierten Verbänden, in der Industrie und den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen waren daran zu beteiligen als Einzelne, als Familien und Gemeinschaften.

Auch der Begriff der Gesundheitsförderung erweiterte sich. Seit der *Charta von Ottawa* beinhaltete er weit mehr als allein medizinische Versorgung. Gefordert wurde insbesondere eine koordinierte Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik. Nur ein derartiger Wandel konnte dazu beitragen, ungefährlichere Produkte, gesündere Konsumgüter und gesundheitsförderlichere Dienste zu entwickeln sowie saubere und erholsame Umwelten zu schaffen. Erstmals wurde programmatisch die Bedeutung der sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen hervorge-

hoben. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft Arbeit und Freizeit organisierte, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit werden. Gesundheitsförderung sollte schwerpunktmäßig sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen schaffen. Sie sollte im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in deren Gemeinden stattfinden, insbesondere aber waren persönliche Kompetenzen zu entwickeln. In diesem Sinne sollte Gesundheitsförderung den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben. Menschen mussten zu lebenslangem Lernen befähigt und dabei unterstützt werden, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umzugehen. Dazu sollten öffentliche Körperschaften, Wirtschaftsgremien, gemeinnützige Organisationen, Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen beitragen. Schließlich forderte die Charta eine Neuorientierung der Dienstleister. Individuen, Gruppen, Ärzte, Gesundheitseinrichtungen und staatliche Institutionen sollten gemeinsam auf ein reformiertes Versorgungssystem hinarbeiten. Es war stärker auf die Förderung von Gesundheit auszurichten und hatte künftig über medizinische Betreuungs- beziehungsweise »Reparaturleistungen« hinauszugehen.

Offiziell stieß die Charta in der Bundesrepublik auf Zustimmung aller politischen Ebenen. Die Bundesregierung unterstützte sie, aber bis zum Ende der 1990er Jahre erfolgte keine praktische Umsetzung. Man begann einfach, das zufällige Nebeneinander von Verbänden, Behörden und Initiativen in der pathetischen Sprache der Charta zu beschreiben. Es blieb bei der üblichen Ausrichtung auf Gesundheitserziehung und Aufklärung. Eine solche rein verbale Anpassung an die Charta betrieben auch die Bundesländer, so in ihrer gemeinsamen Erklärung von 1991 (GMK 1993: 176–186). Auffällig war, wie intensiv die kommerziellen Anbieter von Gesundheitsleistungen die Charta als Steinbruch für Werbeslogans und für zum Teil unseriöse Leistungen nutzten (Rosenbrock 1998: 207). Die nur geringfügigen Veränderungen im Gesundheitssystem seit 1986 waren auf Sach- und Funktionszwänge zurückzuführen. In Deutschland waren nach einer These von Rolf Rosenbrock Behörden, Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser überhaupt nicht in der Lage, innerhalb kurzer Zeit auf eine Gesundheitsförderung im Sinne der Charta umzustellen. Solange keine politischen Vorgaben vorlagen, verstieß eine Neuausrichtung gegen die überkommenen Aufgaben, Routinen und Interessen. Wirtschaftliches Ge-

winnstreben und Vorherrschaft der Mediziner verhinderten so eine Neuausrichtung zur Präventivmedizin (Rosenbrock 1996: 40f.).

In die Bilanz der letzten Jahre fielen jedoch auch positive Beispiele. Dazu gehörten die Erfolge der Aids-Prävention, einzelne betriebliche Projekte der Gesundheitsförderung und ein Ausbau der akademischen Fortbildung. Zudem erhöhte sich seit dem Anfang der 1990er Jahre die Aktivität der Krankenkassen (Eberle 2002). Der eigentliche Schwerpunkt der Prävention liegt in der Bundesrepublik jedoch im Kampf gegen den Konsum illegaler Drogen; ein merkwürdiges Paradox angesichts der überwältigenden Dominanz legaler Suchtmittel, von Nikotin, Alkohol und von ärztlich verordneten Medikamenten für die Epidemiologie von Abhängigkeiten und Gesundheitsschäden (vergleiche Schmidt/Hurrelmann 2000). Viel wäre wahrscheinlich zu erreichen – etwa durch einen Ausbau der Risiko- und Verhaltensprävention sowie durch einen Umbau des Gesundheitssystems zu einem integrierten Leistungssystem, das den gesundheitsfördernden Lebensstil in den Mittelpunkt rückt. Derartige Konzepte werden seit gut zwei Jahrzehnten als *new public health* in den Gesundheitswissenschaften ebenso debattiert wie die Grenzen präventiver Maßnahmen (Deppe 1991). Denn schon seit Längerem sind die Möglichkeiten einer erneuerten Präventionspolitik bekannt: für Arbeitswelt, Schulen und Lebensumfeld, Lebensstil und Krankenversorgung (Rosenbrock 1994). Allgemein jedoch gilt gerade das deutsche Gesundheitssystem als ineffizient, und es führt über umfassende Fehlsteuerung zu Fehlversorgung und einer gigantischen Verschleuderung von Ressourcen. So gilt die Gesundheitsförderung in den einschlägigen Analysen als »chronisch kraftloser Patient« (Kellermann 2001b: 31).

Von der bisher eher spärlichen *Health Promotion* in Deutschland kann man vielleicht nochmals auf die aktuelle Körperfülle vieler Menschen überleiten. Die Bewohner der Bundesrepublik nehmen heute bei der Fettleibigkeit unter den Europäern eine Position im oberen Drittel ein. Zwischen 1950 und 2000 wurde kontinuierlich ein Anstieg des Anteils übergewichtiger Männer und Frauen an der Bevölkerung beobachtet. So wies 1999 nur noch die Hälfte bis ein Drittel der Bevölkerung einen medizinisch gewünschten BMI unter 25 auf. Gemäß Mikrozensus-Zusatzerhebung aus dem Jahre 2003 waren 12,3 Prozent der Männer und 11,3 Prozent der Frauen ab 18 Jahren von Adipositas geplagt – ihr BMI lag bei 30 oder höher (vergleiche Statistisches Bundesamt 2005: 238). Nach den Daten des *Telefonischen Gesundheitssurveys* von 2003 waren 17 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen mit einem BMI von über 30 nicht nur zu dick,

sondern fettleibig. Bundesernährungs- und Gesundheitsministerium haben 2007 mit *Gesunde Ernährung und Bewegung* oder *Fit statt Fett* einen nationalen Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und den damit einhergehenden Krankheiten gestartet (vergleiche Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz 2007). Nach neuesten Untersuchungen sind 37 Millionen Erwachsene und zwei Millionen Kinder in Deutschland übergewichtig oder fettleibig, jedes fünfte Kind beziehungsweise Jugendliche leidet an einer Essstörung. Seit 1999 existiert in Deutschland das Forum *gesundheitsziele.de*, das exemplarisch nationale Gesundheitsziele entwickeln möchte. So soll ein ergänzendes Steuerungsinstrument der Gesundheitspolitik etabliert werden (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., 09.10.2009, *http://www.gesundheitsziele.de*).

In den USA dagegen haben Gesundheits- und Präventionspolitik eine längere Tradition. Sie resultierten aus den seit der Ära Carter (1977-1981) zunehmenden Bemühungen, die Kosten einzuschränken. Dabei stand seitdem der gesunde Lebensstil im Mittelpunkt der Tätigkeit von Behörden, Ärzten, Gesundheitspädagogen, Firmenleitungen, Sozialarbeitern und Krankenversicherungen. Geworben wurde mit Begriffen wie *Health Promotion*, *Fitness* oder *Wellness*. Die US-Gesundheitsszene reagierte damit auf die wissenschaftlichen Studien, die seit den 1950er Jahren den Lebensstil als Ursache für die Volkskrankheiten ausgemacht hatten. Tabak und Alkohol, Bewegungsarmut, Fehl- und Überernährung sowie Stress hatten sich als die Hauptursachen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ II und Krebs erwiesen. Über alle politischen Grenzen zwischen (eher) konservativen Republikanern und (eher) sozialpolitisch orientierten Demokraten hinweg hatte sich seit der Ära Carter ein Kanon von Verhaltensratschlägen etabliert. Die tausendfach wiederholte Botschaft der Gesundheitspolitik lautete seitdem: das Rauchen einstellen, weniger oder keinen Alkohol trinken, regelmäßig körperlich aktiv sein, wenig tierische Fette zu sich nehmen, Zucker und Kochsalz meiden, mehr Ballaststoffe essen, das Körpergewicht reduzieren, eine HIV-Infektion durch verantwortungsbewusstes Sexualverhalten vermeiden und Entspannungstechniken erlernen. Dieser in der Regel für den Einzelnen einschneidende Wandel des Lebensstils sollte durch ärztliche Kontrollen ergänzt werden: Bluthochdruck war, wenn nicht anders möglich, medikamentös zu bekämpfen, ebenso ein zu hoher Cholesterinspiegel im Blut.

Kommentatoren aus Europa haben eine solche Individualisierung der Sozialmedizin stets kritisch gesehen – als moralpolitischen Angriff der US-Oberschicht auf die unvernünftige, ja, im Sinne der Neo-Konservativen unmoralische Lebensweise der Unterschichten, als Egozentrik, Kommerzialisierung gesundheitlicher Leistungen, Pendant zu weltpolitischem Hegemonialstreben, Legitimation von Industrieinteressen, Kaschierung reiner Orientierung an der Kostenersparnis, Gesundheitsterror und so weiter. Wie viel Lebensqualität ginge verloren, wenn Menschen ihr Dasein nur noch an den Bedürfnissen ihrer Gesundheit ausrichteten? Und wenn Krankheit und Unwohlsein zum Hauptfeind der Gesellschaft erklärt würden, welche Stellung nähmen dann Menschen ein, die aufgrund von genetischen Dispositionen oder Schicksalsschlägen von der Norm abweichen (Kühn 1993: 17ff.)? Aus europäischer Perspektive galt die sich im Konzept des Lebensstils andeutende Individualisierung als suspekt. Sie war jedoch stets ein hervorstechendes Merkmal des US-Gesundheitssystems.

Zweifellos sollte man einem Gesundheitssystem kritisch gegenüberstehen, das Erkrankte marginalisiert oder ihnen allein die Kosten für gesundheitliche Leiden aufbürdet, die in der Tat durch eine falsche Lebensführung verursacht worden sind. Allerdings gibt es wichtige Einwände gegen die pauschale Geißelung des *Healthismus* – die individuelle Verantwortung für die eigene Gesundheit ist nun einmal Teil jener persönlichen Wahlfreiheit, welche die modernen Demokratien ihren Bürgern gewähren. Es gibt jedoch noch weitere Argumente gegen die Gleichsetzung von *Healthismus* mit sozialer Gleichgültigkeit. Sie verweisen auf die Merkmale der Epidemiologie in der ersten beziehungsweise zweiten gesundheitlichen Revolution.

Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts waren Hygienemängel, Mangelernährung oder Krankheiten Phänomene, die auf kollektive Faktoren zurückzuführen waren: schlechte Lebensumstände, mangelhafte Wasserversorgung und damit verbundene Prävalenz von Viren oder Bakterien. Dieser Zusammenhang ist jedoch in den Wohlstandsgesellschaften aufgebrochen worden. Ob jemand rauchte, zu viel Alkohol trank oder sich wenig bewegte und schlecht ernährte, hing in den letzten Dekaden nur noch mittelbar von Milieufaktoren ab. Zwar verhielten sich die Ober- und Mittelschichten gesundheitsbewusster als die Unterschichten, was sich am Risikoverhalten beim Rauchen, Trinken und übermäßigem Essen zeigte. Aber benachteiligte Gruppen waren ja nicht derart schicksalhaft darauf verwiesen, zu rauchen oder zu trinken, wie die Unterschichten früher dazu

gezwungen waren, in miserablen Wohnungen zu leben und schlechte Kost zu essen. Quer zu Bildung, Einkommen oder Eigentum stellte sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts für alle die Frage nach ihrem persönlichen Beitrag zur eigenen Gesundheit. Diese Kernfrage wurde in den USA, die ohne Zweifel stärker individualisiert waren als Europa, nur präziser zugespitzt. Es gab aber noch ein Argument gegen eine pauschale Kritik an der US-Gesundheitspolitik. Denn entgegen manchen Vorurteilen besaßen die USA eine lange Tradition in der öffentlichen Gesundheitspflege. Durch den *Social Security Act* von 1935 wurde der Bund verpflichtet, kommunale Gesundheitsämter finanziell zu unterstützen. Daraus bildeten sich sechs Basisfunktionen von *Public Health* heraus, die bis vor kurzem große Bedeutung hatten: Bevölkerungsstatistik, Kontrolle der Infektionskrankheiten, Kontrolle von Milch, Trinkwasser, Küchen, Kantinen und so weiter, Labor-Dienste, Mutter-und-Kind-Hygiene, Überwachung der Gesundheit von Schulkindern und Gesundheitserziehung.

In den frühen 1960er Jahren war im gesundheitlichen Sektor ein für die USA erstaunlicher Vollzug der Bundesgesetze erreicht: Rund 94 Prozent der US-Bevölkerung waren damals von Serviceleistungen erfasst. In der Ära Kennedy beziehungsweise Johnson wurden die Leistungen des öffentlichen Gesundheitssektors weiter ausgebaut. Neben die groß angelegten Programme zum Krankenhausbau und zur Absicherung für Rentner trat die Bekämpfung der chronischen und degenerativen Krankheiten. Sie wurden zum eigentlichen Fokus der US-Politik, unter anderem weil sich bereits während der Regierungszeiten der Präsidenten Nixon und Ford eine Kostenexplosion zugetragen hatte. Die Regierung Carter stand ohnehin vor einer Wirtschaftskrise, zeitgleich erhöhten sich die Kosten für *Medicare* und *Medicaid* jährlich im zweistelligen Bereich. Zudem verfolgte Carter, wie eigentlich alle demokratischen Präsidenten, umfassende gesundheitspolitische Ziele. Für den Bereich des *Public Health* wurden drei Maßgaben aufgestellt: Für Kinder aus benachteiligten Familien sollten eigene präventive und kurative Maßnahmen eingerichtet werden; die psychiatrischen Dienste waren auf kommunaler Ebene zu fördern; Kernstück der Reform sollten schließlich Gesundheitsförderung und Prävention werden, die auf den Wandel des Lebensstils der Bevölkerung hinwirken sollten. Institutionell wurde diese neuartige Politik durch einen von Carter bestimmten *Surgeon General* gestärkt, der sich schon vor Amtsantritt deutlich auf eine Umorientierung zugunsten der Prävention festgelegt hatte. Mit *Healthy People* legte das US-Gesundheitsministerium 1979 erstmals eine

programmatische Schrift vor. Sie erhob die Vorbeugung von Krankheiten zum vorrangigen Ziel des öffentlichen Gesundheitswesens. Nicht durchsetzbar waren damals dagegen Versuche, staatliche Mittel vom kurativen in den präventiven Bereich umzuleiten (U.S. Department of Health, Education and Welfare 1979b).

Mehr Prävention war auch dringend erforderlich: In den USA hatten im Jahre 2004 wahrscheinlich 30 Prozent der Einwohner einen BMI von über 30 und gelten damit als an Adipositas erkrankt. Es zeigte sich, dass weniger Gebildete, Arme sowie Indianer und Schwarze sehr viel häufiger von Übergewicht betroffen waren als privilegierte Bevölkerungsgruppen. Die Unterschichten besaßen zudem eine niedrigere Lebenserwartung (dazu Ogden u.a. 2006). Zur Behebung dieser Misere hat die US-Politik schon vor zwei Jahrzehnten einen umfassenden Zielkatalog entworfen: Seit 1990 lag ein bundesstaatlich vereinbarter Ansatz vor, das Programm *Healthy People 2000* (U.S. Department of Health and Human Services 1990: 272–293). Es formulierte vor 20 Jahren Ziele, die bis heute aktuell geblieben sind: Sie werden im Anhang als Tabelle I wiedergegeben – aber wesentliche Verbesserungen sind für diesen Problembereich seit der Veröffentlichung von *Healthy People 2000* noch nicht erreicht worden.

Nochmals zurück in die Ära Carter: Damals wurde der amerikanische *Public Health*-Sektor grundlegend umorganisiert. Die bis dahin bestehenden *Centers for Disease Control* wurden im Jahre 1980 ausgeweitet und erhielten insgesamt sechs neue Aufgabenbereiche mit entsprechender behördlicher Struktur. Von seinem Hauptsitz in Atlanta aus führt das *Public Health Service* eine umfassende Tätigkeit im In- und Ausland durch. Geschwächt wurden in der Amtszeit Ronald Reagans nur die kommunalen Krankenhäuser, nicht jedoch die grundlegende Ausrichtung des öffentlichen Gesundheitssystems auf Prävention. Über die Parteigrenzen hinweg fand daher die *Charta von Ottawa* eine starke Resonanz. Damit war bereits die Umstellung des öffentlichen Gesundheitssektors von kurativen auf präventive Maßnahmen abgeschlossen. *Healthy People 2000* stellte insofern vier Forderungen an die staatliche Gesundheitspolitik (ebd.):

– Erstens Gesundheitsförderung durch Konzentration auf die Prioritätsbereiche körperliche Fitness, Ernährung, Rauchen, Alkohol und andere Drogen, Familienplanung, psychische Gesundheit, Gewalt- und Missbrauchsverhalten und Programme, die gruppenerzieherisch beziehungsweise -spezifisch wirken sollten;

- zweitens den Gesundheitsschutz, also Verletzungen, Arbeitsschutz, Umwelt und Gesundheit, Nahrungs- und Medikamentensicherheit und Mundgesundheit;
- drittens präventive Dienste, wie Gesundheit für Mutter und Kind, Herzkrankheiten und Schlaganfall, Krebs, Diabetes und andere chronische Krankheiten, HIV-Infektionen, ansteckende Geschlechtskrankheiten, Immunisierung, Infektionskrankheiten und klinisch-präventive Dienstleistungen;
- viertens einen Ausbau der Berichterstattung und Datensammlung zum Thema Gesundheit.

Die Bilanz der präventiven Wende fiel in den USA jedoch ebenso ambivalent aus wie die bisher nur geringfügige Neuorientierung in Deutschland. Kritiker verwiesen auf jene Defizite, über die das US-Gesundheitssystem weiterhin verfügte. So hat sich das Lebensstilkonzept nicht in der gesamten US-Bevölkerung durchgesetzt – eher hat die lebensstilorientierte Prävention gesellschaftliche Ungleichheiten noch verschärft. Besonders die sozialen Determinanten von Krankheit wurden weitgehend ignoriert. Zudem wurde in der Gesundheitsförderung das Primat der Apparatemedizin nicht gebrochen. An die Stelle von Verhaltensänderungen trat die Senkung von schlechten Blutzucker- oder Cholesterinwerten durch Medikamente. In der Bekämpfung des Rauchens machte sich eine Entsolidarisierung bei Erkrankungen wie Lungenkrebs bemerkbar. Der medizinische Arbeitsschutz verwandelte sich mitunter in ein Kontrollsystem der Arbeitgeber: Angestellte hatten sich vertraglich zu Drogen- oder Alkoholtests zu verpflichten. Auch hier zeigten sich somit prohibitive Ansätze, von denen die Bundesrepublik Deutschland (zum Glück) noch entfernt ist. Es bleibt abzuwarten, wie die von Präsident Obama jüngst angegangene Gesundheitsreform diese insgesamt durchaus ambivalente gesundheitliche Prävention als Kern der öffentlichen Gesundheitsfürsorge beeinflussen wird.

VIII. Nachschlag

Man könnte es sich leicht machen und die hier zum Abschluss kommende Erzählung in einer einzigen Quintessenz zusammenfassen, als Geschichte des Übergangs vom Mangel zum Überfluss, von altem zu neuem Fehlverhalten aus Ignoranz, Bequemlichkeit, Habgier und vor allem aus Dummheit. Letztere, die Dummheit, gilt wie wenige andere Ressourcen überhaupt als faktisch unbegrenzt. Und doch griffe eine derart gefasste Geschichte der gesunden Lebensweise (und ihres wiederholten Scheiterns) in den letzten 200 Jahren zu kurz. Zunächst, weil das Modell mit der Dummheit nicht stimmt. Sie ist ja sozusagen nicht objektiv zu beobachten, und daher wurde hier auch nicht die Geschichte eines gesellschaftspolitischen Versagens erzählt, das die üblichen Verdächtigen verschuldet hätten: gewissenlose Politiker, habgierige Industrielle, manipulierende Werbestrategen, verrückte Wissenschaftler oder die träge Masse. Schon das berühmte Lob der Torheit von Erasmus von Rotterdam zeichnete sich in seinem Grundprinzip ja eher dadurch aus, keinem und niemandem die unerschöpfliche Gnade dieser zentralen menschlichen Kategorie zu versagen.

Sichtbar wurden auf den vorangehenden Seiten zwar immer wieder Fehleinschätzungen und Fehlversuche in einer äußerst bedeutsamen kulturellen Sphäre, dem verantwortlichen Umgang mit der Ernährung und einigen Genussmitteln, aber dennoch: Es zeigte sich gleichzeitig ein nicht nachlassendes Bemühen aller Beteiligten, zu einem rationalen und verantwortlichen Handeln mit Blick auf die gesunde Lebensweise zu gelangen. Der Wandel der Ideen, Vorschriften und Ausprägungen des gesunden Lebensstils mit den entsprechenden Rückschlägen, Fehlern und Abneigungen war ein äußerst komplexer Prozess. An ihm war eine Fülle von Akteuren beteiligt: Regierungen, Wissenschaftler, Kirchen, Laien, Gesundheitsapostel, Quacksalber, Mediziner, Interessenverbände, Industrielle, Werbefachleute und so weiter. Noch komplexer wurde dies durch den jeweiligen Bezug auf gesellschaftliche Werthaltungen, internationale Verglei-

che, Mängel in der Versorgung oder Überfluss in Angebot und Verbrauch. In gewisser Weise jedoch war der zugrunde liegende historische Ablauf, spätestens seit dem 18. Jahrhundert, durch vier relativ einfache Prinzipien bestimmt:

Erstens wurden fortlaufend neue wissenschaftliche Entdeckungen gemacht, welche das bis dahin gültige Wissen immer wieder infrage stellten. Mit den Forschungsergebnissen wurden ein ums andere Mal die Ernährungslehren obsolet. Neue Konzepte waren zu entwickeln, die den jeweils neuesten Erkenntnissen entsprachen: von der Humoralpathologie über Iatrochemie und Eiweißlehre zu *Five A Day* und Mittelmeerkost. Gleiches vollzog sich bei den Genussmitteln: Tabak und Alkohol, besonders Spirituosen, wandelten sich von Therapeutika über den Massenverbrauch im 19. oder 20. Jahrhundert zu Bedrohungen der Gesundheit.

Zweitens veränderte sich in mehreren Konsumrevolutionen der tatsächliche Verbrauch. Hier waren, zumindest bis zum Zweiten Weltkrieg, die Unterschiede zwischen den USA und Deutschland am bedeutendsten. Dies lag allerdings weniger an der gesellschaftlichen Reaktion auf Fragen der Lebensführung selbst als vielmehr am unterschiedlichen Wohlstandsniveau. Es verlieh neuen Produkten im jeweiligen nationalen Kontext zum Teil unterschiedliche Bedeutungen. Viele Neuerungen, gerade auch durch die sogenannten Kolonialwaren, waren im deutschsprachigen Raum im 18. Jahrhundert Ausdruck einer schweren sozialen Krise, die sich eben auch in der Frage des Lebensstils spiegelte: (Ersatz-)Kaffee, Schnaps und Kartoffeln waren Indikatoren für einen historischen Tiefpunkt in der Massenernährung; der Massenverbrauch von Spirituosen verschärfte den vorindustriellen Pauperismus noch weiter. Zeitgleich galten Gin oder Whiskey als Anzeichen eines bis dahin unbekannten Massenwohlstandes, der sich in den USA zu etablieren begann. Ausgehend von diesen sehr differenten Startpunkten haben sich dann beide Gesellschaften, die deutsche und die amerikanische, über die fortlaufende Innovation bei den Nahrungs- und Genussmitteln immer stärker angenähert.

Drittens hat sich der gesamte Bereich der Lebensführung, zumindest wenn man diese über 200 Jahre betrachtet, als wesentlich wandelbarer erwiesen als zunächst angenommen. Werthaltungen, Erkenntnisse oder konkrete Verhaltensweisen haben sich fortlaufend und rapide verändert. Ernährungsmoden sind aufgekommen und ebenso (beinahe) wieder verschwunden wie einzelne Produkte, etwa Schnupftabak, Ersatzkaffee, Heilhefe, *Wienerwald, Tri Top* oder *Betty Crocker.* Ebenfalls wurden permanent

neue Konzepte entwickelt, wie man mit Mangel oder Überfluss umzugehen hatte: Armen- oder Reformkost, *Neue* und *Neuere Ernährung*, Amerikanische und Deutsche Kost, Militärverpflegung, Internationale Küche, *Nouvelle Cuisine*, Tiefkühlkost, *Slow*, *Fast* und *Functional Food*. Die permanenten Innovationen, die sich in den letzten fünf Jahrzehnten beschleunigt haben, waren dabei stets mehr als nur Überlebensstrategien in Notzeiten oder gar Scheininnovationen, die auf die Tricksereien von Industrie und Werbung zurückzuführen waren. Die zunehmende Vielfalt spiegelte einerseits die durch den Prozess der Moderne geschaffene Vervielfältigung der Möglichkeiten, sich gesund, ungesund und vor allem nach persönlichen Kriterien orientiert zu ernähren. Andererseits zeigt sich darin, trotz aller Fortschritte der Wissenschaften, eine tiefe Verunsicherung aller über die Potenziale und Risiken angesichts der fortlaufenden Erneuerung und des Wandels der wissenschaftlichen Erkenntnisse, der Möglichkeiten der Industrie und des Einkommensniveaus. Dies führt zu einem grundlegenden Dilemma – den nicht zu behebenden Differenzen zwischen dem, was Menschen gerne konsumieren, was gut für sie ist, und dem, was sie verbrauchen, weil sie glauben, es wäre gut für sie.

Viertens schließlich haben die Laien im Prozess des Wandels, der hier untersucht wurde, eine mindestens so große Rolle gespielt wie die Experten aus Politik, Wissenschaft oder Industrie. Immer wieder wurde deutlich, wie sehr die meisten Menschen versuchten, ihren Alltagsverbrauch an rationalen Kriterien auszurichten. Die Veränderungen beim Essen, Trinken oder Rauchen waren, dies- und jenseits des Atlantiks, somit keineswegs allein das Ergebnis von Sozialdisziplinierung oder Medikalisierung. Und die Bemühungen um eine gesunde Alltagskost, auch um Rauchen und Trinken, waren mehr als nur ein Nebenprodukt der sozialen Distinktion. Gerade der Alltagsverbrauch befördert den Eigensinn des Konsums. Wie mehrfach deutlich wurde, war es daher sogar oft der gesunde Menschenverstand der einfachen Leute, der sich gegen die zum Teil verrückten Ideen von Fachleuten, Despoten oder Quacksalbern zur Wehr setzte. Beispiele wären hier nochmals beliebig zu reproduzieren, etwa mit Blick auf die Wissenschaft: nicht-existente Organe wie bei der Mastikation, durch tierisches Eiweiß geschaffene »Supermänner«, der Unsinn der Vitaminkuren, Abfallfleisch oder die Erklärung durch führende Wissenschaftler, dass Rauchen unbedenklich sei. Ein anderes Beispiel sind die massiv durch die Politik geschützten Machenschaften der Industrie. Kühe, die mit dem Urin ihren eigenen Artgenossen gefüttert worden sind, und so weiter. Schließ-

lich Volkspädagogen wie Heinrich Himmler, der den millionenfachen Völkermord zu verantworten hatte und der den »Volksgenossen«, vor deren Tod für die große Sache Deutschlands, auch noch ihr Stück Schweinebraten, den letzten Schnaps oder die letzte Zigarette wegnehmen wollte. In vielen Fällen waren es, besonders nach 1945, eher die Laien, die sich nun, unterstützt durch kritische Wissenschaftler, um tatsächliche Verbesserungen bemühten und diese durchsetzten: Erinnert sei hier nochmals an die neuen sozialen Bewegungen, an Ralph Nader oder die Gesundheits- und Umweltbewegungen seit den 1960er Jahren.

Und hier scheint sich auch, bei aller Vorsicht, die man als Historiker haben sollte, eine ernsthafte Perspektive für die Zukunft zu ergeben: das Lebensstilkonzept des LOHAS (*Lifestyle of Health and Sustainability*) etwa, wie überhaupt Vorstellungen von der neuen Macht und Stärke der Verbraucher, von Einkaufsrevolutionen oder der Organisation der Verbraucher nach dem Vorbild von *Greenpeace*. Kluger, klimafreundlicher Konsum sei angesagt, heißt es neuerdings; gefordert werden »Öko-Ideale zum Anfassen«, »Giftfreie Mode«, »Bio-Märkte« oder »Öko muss sexy werden«. Das alles hört sich gut an und klingt plausibel. Und dennoch könnte es ja bald schon wieder alles falsch gewesen sein. Der gesunde Lebensstil ist eine nie endende Herausforderung. Immerhin jedoch sollten wir uns auf diese Erkenntnis hin keine Zigarette mehr anzünden.

Literatur

Abel, Mary Hinman (1890), *Practical, Sanitary, and Economical Cooking Adapted to Persons of Moderate and Small Means,* Rochester.

Abel, Wilhelm (1981), *Stufen der Ernährung. Eine historische Skizze,* Göttingen.

Ackerknecht, Erwin H. (1970), *Therapie von den Primitiven bis zum 20. Jahrhundert,* Stuttgart.

Ackerknecht, Erwin H./Murken, Axel Hinrich (1992), *Geschichte der Medizin.* 7. Auflage, Stuttgart.

Adler, Isaac (1912), *Primary Malignant Growths of the Lungs and Bronchi. A Pathological and Clinical Study,* New York.

Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit (Hg.) (1986), Offener Brief an alle Bundestagsabgeordneten, in: *Umwelt und Gesundheit 1,* Frankfurt, S.3–10.

Alcott, William Alexander (1844), *Vegetable diet defended,* London.

— (1838), *Vegetable Diet: as Sanctioned by Medical Men, and by Experience in All Ages,* Boston.

— (1836), *Tea and coffee: their physical, intellectual, and moral effects on the human system,* New York.

Allen, Ida C. Bailey (1918), *Mrs. Allen's Book of Meat Substitutes,* Boston.

Allen, Keith R. (2002), *Hungrige Metropole. Essen, Wohlfahrt und Kommerz in Berlin,* Hamburg.

Andersen, Arne (1997), *Der Traum vom guten Leben. Alltags- und Konsumgeschichte vom Wirtschaftswunder bis heute,* Frankfurt.

Anderson, Ann (2000), *Snake Oil, Hustlers, and Hambones: The American Medicine Show,* Jefferson.

Anderson, Oscar E. (1958), *The Health of a Nation: Harvey W. Wiley and the Fight for Pure Food,* Chicago.

Anordnung (1939), in: *Reichsgesundheitsblatt 14,* Berlin, S. 550.

Apple, Rima D. (1997), *Vitamania. Vitamins in American Culture,* New Brunswick.

Aschenbrenner, Helmuth (Hg.) (1940), *Chronica Nicotiana. Zeitschrift der Internationalen Tabakwissenschaftlichen Gesellschaft,* Berlin.

Atwater, Wilbur O. (1888), The Pecuniary Economy of Food, in: *The Century. 35, 3,* New York, S. 437–446.

— (1887), The Chemistry of Foods and Nutrition, in: *The Century. 34, 1.* New York, S. 59–74.

— (1885), The Chemistry and Economy of Food, in: National Convention of Chiefs and Commissioners of Bureaus of Labor (Hg.): *Proceedings of the 3rd Annual Session,* Boston.

Atwater, Wilbur O./Benedict, Francis Gano (1905), *A Respiration Calorimeter with Appliances for the Direct Determination of Oxygen,* Washington.

Ayass, Wolfgang (1995), *»Asoziale« im Nationalsozialismus,* Stuttgart.

Babor, Thomas F. (u.a.) (2005), *Alkohol – kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik,* Göttingen.

Babor, Thomas F./Rosenkrantz, Barbara G. (1991), Public Health, Public Morals and Public Order: Social Science and Liquor Control in Massachusetts, 1880-1916, in: Barrows, Susanna/Room, Robin (Hg.): *Drinking: Behaviour and Belief in Modern History,* Berkeley, S.265–286.

Bacon, Selden D. (1943), Sociology and the Problems of Alcohol: Foundations for a Sociologic Study of Drinking Behavior, in: *Quaterly Journal of Studies on Alcohol 4,* New Brunswick, S. 402–445.

Baltzer, Eduard (1911), *Eduard Baltzers Öffentliche Vorträge über die natürliche Lebensweise,* Frankfurt.

— (1867), *Die natürliche Lebensweise, der Weg zu Gesundheit und sozialem Heil,* Nordhausen.

Baritz, Loren (1989), *The Good Life: The Meaning of Success for the American Middle Class,* New York.

Barling, David (2000), Regulating GM foods in the 1980s and 1990s, in: Smith, David F./Phillips, Jim (Hg.): *Food, Science, Policy and Regulation in the Twentieth Century: International and Comparative Perspectives,* London. S.239–255.

Barlösius, Eva (1988), Soziale und historische Aspekte der deutschen Küche, in: Mennell, Stephen: *Die Kultivierung des Appetits. Die Geschichte des Essens vom Mittelalter bis heute,* Frankfurt, S.423–444.

Barr, Donald A. (2007), *Introduction to U.S. Health Policy. The Organisation, Financing, and Delivery of health Care in America,* Baltimore.

Batterberry, Michael/Batterberry, Ariane (1999), *On the Town in New York. The Landmark History of Eating, Drinking, and Entertainments from the American Revolution to the Food Revolution,* New York.

Baumgartner, Judith (1998a), Antialkoholbewegung, in: Kerbs, Diethart/Reulecke, Jürgen (Hg.): *Handbuch der Reformbewegungen 1880-1933,* Wuppertal, S. 141–154.

— (1998b), Ernährungsreform, in: Kerbs, Diethart/Reulecke, Jürgen (Hg.): *Handbuch der Reformbewegungen 1880-1933,* Wuppertal, S. 115–126.

Bayer, Otto (u.a.) (1999), *Ernährung und Gesellschaft. Forschungsstand und Problembereiche,* Opladen.

Beecher, Lyman (1841), *Sechs Betrachtungen über Wesen, Veranlassungen, Kennzeichen, Folgen und Heilung der Unmäßigkeit,* Hannover.

— (1827), *Six Sermons on the Nature, Occasions, Signs, Evils, and Remedy of Intemperance,* New York.

Behr, Edward (1996), *Prohibition. Thirteen Years that Changed America,* New York.

Bejach, Edgar (1927), *Die tabakgegnerische Bewegung in Deutschland mit Berücksichtigung der außerdeutschen Tabakgegnerbewegungen,* Berlin.

Belasco, Warren J. (1989), *Appetite for Change: How the Counter Culture Took on the Food Industry, 1966-1988,* New York.

Bell, Martin (1962), *A Portrait of Progress: A Business History of the Pet Milk Company 1885-1960,* St. Louis.

Benezet, Anthony (1774), *The Mighty Destroyer Displayed,* Trenton.

Bennett, James T./DiLorenzo, Thomas J. (2002), *From Pathology to Politics. Public Health in America,* New Brunswick.

Bernard, Joel (1991), From Fasting to Abstinence: The Origins of the American Temperance Movement, in: Barrows, Susanna/Room, Robin (Hg.): *Drinking: Behaviour and Belief in Modern History,* Berkeley, S. 337–353.

Berridge, Virginia (2007), *Marketing Health: Smoking and the Discourse of Public Health in Britain, 1945-2000,* Oxford.

Bircher-Benner, Max-Oskar (1944), *Kranke Menschen in diätetischer Heilbehandlung,* Zürich.

— (1940), *Ernährungskrankheiten in gemeinverständlicher Darstellung mit einer Lichtdrucktafel und Abbildungen, Zweiter Teil,* Zürich.

— (1938), *Vom Werden des neuen Arztes,* Dresden.

— (1937), *Fragen des Lebens und der Gesundheit. Vorträge aus der Sommerakademie 1935 der Zürcher Kulturgesellschaft,* 4. Auflage, Zürich.

— (1928), *Ungeahnte Wirkungen falscher und richtiger Ernährung,* Zürich.

Blair, Henry Wilhelm (1888), *The temperance movement: or, The conflict between man and alcohol,* Boston.

Blocker, Jack S. (1976), *Retreat from Reform: The Prohibition Movement in the United States, 1890-1913,* Westport.

Blumberg, Leonard U./Pittman, William L. (1991), *Beware the First Drink! The Washingtonian Temperance Movement and Alcoholics Anonymous,* Seattle.

Bode, Thilo (2007), *Abgespeist. Wie wir beim Essen betrogen werden und was wir dagegen tun können,* Frankfurt.

Boehnke, Georg (1939), *Die Bedeutung der Tabakfrage für das deutsche Volk,* Berlin.

Boeing, Heiner/Walter, Dietmar (2003), Ernährung, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.): *Das Public Health Buch,* München, S. 151–156.

Bohlmann, Johannes (1954), *Was sagt die Wissenschaft zu unserer täglichen Ernährung? Ein Versuch gemeinverständlicher Darstellung ernährungsphysiologischer Probleme,* Gießen.

Bontekoe, Cornelis (1685), *Korte Verhandeling van's Menschen Leven, Gesondheit, Siekte, en Dood: Als mede drie Verhandelingen, 1., over de natuur, 2., over de Bevinding, 3., over de Sekerheit,* Gravenhage.

Boole, Ella (1929), *Give Prohibition its Chance,* Evanston.

Booth, Evangeline (1928), *Some have stopped drinking,* Westerville.

Bormann, Hans-Jürgen (1952), *Absatz- und Werbeprobleme in der deutschen Obst- und Gemüsekonserven-Industrie, Diss.* Nürnberg.

Brand, Helmut (2002), Verhältnisprävention – im Gesundheitsschutz hinreichend verankert? in: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriss und Prolog,* Weinheim, S. 231–236.

Brandt, Allan M. (2007), *The Cigarette Century: The Rise, Fall, and Deadly Persistence of the Product That Defined America,* New York.

Braudel, Fernand (1985), Überfluß und Alltagskost: Nahrungsmittel und Getränke, in: Ders. (Hg.): *Sozialgeschichte des 15.–18. Jahrhunderts, Bd. 1: Der Alltag,* München, S. 189–281.

Brendel, Herwig (1984), Zigarettenindustrie, in: Oberender, Peter (Hg.): *Marktstruktur und Wettbewerb in der Bundesrepublik Deutschland. Branchenstudien zur deutschen Volkswirtschaft,* München, S. 311–371.

Breslow, Lester (1982), Control of Cigarette Smoking from a Public Policy Perspective, in: *Annual Review of Public Health, 3,* Palo Alto, S. 129–151.

Brewster, Letitia/Jacobson, Michael (1978), *The Changing American Diet,* Washington.

Briesen, Detlef (2005), *Drogenkonsum und Drogenpolitik in Deutschland und den USA. Ein historischer Vergleich,* Frankfurt.

Brodsky, Alyn (2004), *Benjamin Rush: Patriot and Physician,* New York.

Bromme, Moritz Wilhelm Theodor (1904), *Lebensgeschichte eines modernen Fabrikarbeiters* (= Arbeiterbiographien [2]), Jena.

Bruere, Martha B. (1927), *Does Prohibition Work?* New York.

Bruere, Martha B./Bruere, Robert W. (1912), *Increasing Home Efficiency,* New York.

Brühl-Cramer, Carl von (1819), *Über die Trunksucht und eine rationelle Heilmethode derselben,* Berlin.

Bund Deutscher Nahrungsmittel-Fabrikanten und -Händler E.V. (Hg.) (1905), *Deutsches Nahrungsmittelbuch,* Heidelberg.

Bundesgesetzblatt (2007), *Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens vom 20. Juli 2007, Teil I, Nr. 35,* S. 1595–1597.

— (2006), *Erstes Gesetz zur Änderung des Vorläufigen Tabakgesetzes vom 21. Dezember 2006, Teil I, Nr. 65,* S. 3365–3366.

— (2002), *Tabakprodukt-Verordnung vom 20. November 2002, Teil I, Nr. 82,* S. 4434–4437.

— (1982), *Erste Verordnung zur Änderung der Tabakverordnung vom 26. Oktober 1982, Teil 1,* S. 1444–1445.

Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (Hg.) (2001), *Das Reichsgesundheitsamt im Nationalsozialismus. Menschenversuche und »Zigeunerforschung« zwischen 1933 – 1945,* Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (2007), *Gesunde Ernährung und Bewegung – Schlüssel für mehr Lebensqualität,* 09.10.2009, http://www.bmg.bund.de/cln

_100/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Praevention/Gesundheitsvorsorge/eckpunkte-ernaehrung-u-bewegung, templateId=ID=rawraw,property=publicationFile.pdf/eckpunkte-ernaehrung-u-bewegung.pdf

Bundesregierung (Hg.) (1974), *Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Müller u.a. bezüglich der gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Zigarettenrauchen* (= Bundestagsdrucksache 7/3597), Bonn, S. 3–7.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (1998), *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1997,* Köln.

Burnham, John C. (1993), *Bad Habits: Drinking, Smoking, Taking Drugs, Gambling, Sexual Misbehaviour, and Swearing in American History,* New York.

Burritt, Bailey/Berry, Gwendolyn (1933), *Idleness and the Health of a Neighbourhood,* New York.

Business Week vom 25. Februar 1985.

Bynum, William (2006), The Rise of Science in Medicine, in: Bynum, William (u.a.): *The Western Medical Tradition. 1800-2000,* Cambridge, S. 111–246.

Calnan, Michael (1984), The Politics of Health: The Case of Smoking Control, in: *Journal of Social Policy 13,* Cambridge, S. 279–95.

Campbell, Helen (1896), Household Economics, in: *The Review of Reviews March 1896, London,* S. 296–297.

Camporesi, Piero (1992), *Der feine Geschmack: Luxus und Moden im 18. Jahrhundert,* Frankfurt.

Cannon, Ida M. (1952), *On the Social Frontier of Medicine: Pioneering in Medical Social Work,* Cambridge.

Cans, Peter E. (2000), *Doctors in the Movies: Boil the Water and Just Say Aah,* Bloomington.

Carson, Gerald (1957), *Corn Flake Crusade,* New York.

Carson, Rachel (1963), *The Silent Spring,* Boston.

Carus, Carl Gustav (1843), *Einige Worte über das Verhältnis der Kunst krank zu sein zur Kunst gesund zu sein,* Leipzig.

Cayleff, Susan E. (1987), *Wash and Be Healed. The Water-Cure Movement and Women's Health,* Philadelphia.

Cederlöf, Rune (Hg.) (1975), *The relationship of smoking and some social covariables to mortality and cancer morbidity. A ten year follow-up in a probability sample of 55,000 Swedish subjects age 18 to 69,* Stockholm.

Chadwick, Edwin (1842), *Report to Her Majesty's Principal Secretary of State for the Home Department from the Poor Law Commissioners, on an inquiry into the sanitary condition of the labouring population of Great Britain,* London.

Chittenden, Russell Henry (1907), *The Nutrition of Man,* New York.

— (1903), Physiological Economy in Nutrition, in: *The Popular Science Monthly 63,* New York, S. 123–131.

Christopher, Robert C. (1989), *Crashing the Gates: The De-WASPing of America's Power Elite,* New York.

Clark, Norman H. (1976), *Deliver us from Evil. An Interpretation of American Prohibition,* New York.

Claude, Jenny (u.a.) (1983), *Prospektive epidemiologische Studie bei Vegetariern,* Heidelberg.

Collins, Tony/Vamplew, Wray (Hg.) (2002), *Mud, Sweat, and Beers. A Cultural History of Sport and Alcohol,* Oxford.

Colson, Juliet (1877), *The cooking manual of practical directions for economical every-day cookery,* New York.

Coppin, Clayton A./High, Jack (1999), *The Polictics of Purity. Harvey Washington Wiley and the Origins of Federal Food Policy,* Ann Arbor.

Corina, Maurice (1975), *Trust in Tobacco: The Anglo-American Struggle for Power,* London.

Corni, Gustav/Gies, Horst (1997), *Brot, Butter, Kanonen. Die Ernährungswirtschaft in Deutschland unter der Diktatur Hitlers,* Berlin.

Cox, Howard (2000), *Global cigarette. Origins and Evolution of British American Tobacco, 1880-1945,* Oxford.

Cremer, Hans-Diedrich/Schielke, Richard (1955), Vollwertige Ernährung in der Großverpflegung, in: *Ernährungs-Umschau 2,* S.88–90.

Darrow, Clarence/Yarros, Victor S. (1927), *The Prohibition Mania,* New York.

Daunton, Martin/Hilton, Matthew (2001), *The Politics of Consumption: Material Culture and Citizenship in Europe and America,* Oxford.

Davis, Adelle (1972), *Let's Get Well,* New York.

— (1970), *Let's Eat Right to Keep Fit,* New York.

Dawber, Thomas Royle (1980), *The Framingham Study: The Epidemiology of Atherosclerotic Disease,* Cambridge.

DeVita, Vincent T. Jr. (2004), The »War on Cancer« and its Impact, in: *Nature Clinical Practice Oncology. 1(2),* Basingstoke, S. 55.

Deppe, Hans-Ulrich (1991), Auswirkungen der europäischen Wirtschaftsintegration auf die Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, in: Ders. (Hg.): *Öffentliche Gesundheit – Public Health,* Frankfurt, S. 60–83.

— (Hg.) (1973), *Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt,* Köln.

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hg.) (1983): *Konsum und Missbrauch von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten und Tabakwaren durch junge Menschen,* Bonn.

Der Gesundheits-Brockhaus (1951), *Volksbuch vom Menschen und der praktischen Heilkunde. Mit einer Anleitung zur Ersten Hilfe bei Notfällen sowie einem Modell der inneren Organe, hg. von Helmut Mommsen,* Wiesbaden.

Der Silberstreifen (1948), Eine Zeitschrift für die deutsche Frau. Von Politik bis Mode, 2/3, Stuttgart.

Der Wendepunkt (1923), Der Wendepunkt im Leben und im Leiden: eine schweizerische Zeitschrift zur Verbreitung nützlichen Wissens über das Leben des Körpers und der Seele, Erste Ausgabe, Erlenbach.

Derthick, Martha (2002), *Up in Smoke. From Legislation to Litigation in Tobacco Politics,* Washington.

Descartes, René (1969), *Beschreibung des menschlichen Körpers.* Nach der ersten französischen Ausgabe von 1664. Übersetzt und eingeleitet von Karl E. Rothschuh, Heidelberg.

Deutsch, Ronald M. (1977), *The Nuts Among the Berries: An Exposé of America's Food Fads,* New York.

Deutscher Bundestag. Ausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit (Hg.) (1985), *Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit zum Thema »Gefahren des Rauchens« am 24. April 1985,* Bonn.

DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) (Hg.) (1985), *Ten Guidelines for Sensible Nutrition,* Frankfurt.

— (1970), *Die Ernährung Heranwachsender,* Frankfurt.

Dieterici, Carl Friedrich Wilhelm (1846), *Der Volkswohlstand im preußischen Staate,* Berlin.

Dinges, Martin (1996), *Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870 – ca. 1933),* Stuttgart.

Doll, Richard (2001), Commentary: Lung cancer and tobacco consumption, in: *International Journal of Epidemiology 30 (1),* Oxford, S. 30–31.

— (1998), The First Reports on Smoking and Lung Cancer, in: Lock, Stephen (Hg.): *Ashes to Ashes. The History of Smoking and Health,* Amsterdam, S.130–140.

Doll, Richard/Hill, A. Bradford (1952), A Study of the Aetiology of Carcinoma of the Lung, in: *British Medical Journal 32, 1952,* London, S. 1271–1286.

— (1950), Smoking and Carcinoma of the Lung. Preliminary Report, in: *British Medical Journal 30, 1950,* London, S. 739–748.

Donegan, Jane B. (1986), *Hydropathic Highway to Health. Women and Water-Cure in Antebellum America,* New York.

Douglas, Paul (1930), *Real Wages in the United States, 1890-1926,* Boston.

Drebber, Emil (1928), *Die Rohkosttafel,* Kaufbeuren.

— (1912), *Vorwärts zur Gesundheit! Drebbers brieflicher Lehrkursus I,* Bonn.

Driver v. Hinnant, 356 F.2d 761 (4th Cir 1966).

Drummer, Christian (1997), Das sich ausbreitende Restaurant in deutschen Großstädten als Ausdruck bürgerlichen Repräsentationsstrebens 1870-1930, in: Teuteberg, Hans-Jürgen/Neumann, Gerhard/Wierlacher, Alois (Hg.): *Kulturthema Essen. Ansichten und Problemfelder,* (=Kulturthema Essen, Bd. 1), Berlin, S.303–321.

Durant, William C. (Hg.), (1929), *Law Observance,* New York.

Easter v. District of Columbia 361 F. 2d 50 (D.C. Cir. 1966).

Eberle, Gudrun (2002), Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung von 1970 bis heute, in: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriss und Prolog,* Weinheim, S. 237–249.

Eckart, Wolfgang U. (2000), *Geschichte der Medizin,* 4. Auflage, Berlin.

Edwards, Griffith (2002), *Alcohol. The World's Favorite Drug,* London.

— (u.a.) (1997), *Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung,* Stuttgart.

Ehle, Walter (1926), *Der Einfluss der deutschen Branntweinsteuergesetzgebung auf die Entwicklung des Brennereigewerbes,* Berlin.

Ehlert, Trude (1997), Zum Funktionswandel der Gattung Kochbuch in Deutschland, in: Teuteberg, Hans-Jürgen/Neumann, Gerhard/Wierlacher, Alois (Hg.): *Kulturthema Essen. Ansichten und Problemfelder, (=Kulturthema Essen, Bd. 1),* Berlin, S.319–341.

Ellerbrock, Dagmar (2002), Prävention in der US-Zone 1945-1949. Zielsetzung, Konzeption und Reichweite von Präventionsmaßnahmen nach dem Zweiten Weltkrieg, in: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriss und Prolog,* Weinheim, S. 152–164.

Ellerbrock, Karl-Peter (1993), *Geschichte der deutschen Nahrungs- und Genussmittelindustrie 1750-1914,* Stuttgart.

— (1987), Lebensmittelqualität vor dem Ersten Weltkrieg: Industrielle Produktion und staatliche Gesundheitspolitik, in: Teuteberg, Hans-Jürgen (Hg.): *Durchbruch zum modernen Massenkonsum. Lebensmittelmärkte und Lebensmittelqualität im Städtewachstum des Industriezeitalters,* Münster, S. 127–188.

Elliot, Rosemary (2008), *Women and Smoking since 1890,* New York.

Ellis, Pearl I. (1929), *Americanisation Through Homemaking,* Los Angeles.

Engelmann, Larry (1979), *Intemperance: The Lost War against Liquor,* New York.

Etheridge, Elizabeth W. (1972), *The Butterfly Caste. A Social History of Pellagra in the South,* Westport.

Europäisches Parlament und der Rat der Europäischen Union (2001), *Richtlinie 2001/37/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juni 2001 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen – Erklärung der Kommission, Amtsblatt Nr. L 194 vom 18.07.2001,* S. 26–35.

Farmer, Fannie Merritt (1896), *The Original Boston Cooking School Cook Book,* New York

Federal Food and Drugs Act of 1906, 09.10.2009, http://www.fda.gov/RegulatoryInformation/Legislation/ucm148690.htm

Ferber, Christian von (1971), *Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik?* Stuttgart.

Fick, A. (1903), *Studententum und Abstinenz,* Basel.

Fischer, Ruth/Heimann, Franz (1933), *Deutsche Kinderfibel,* Berlin.

Fisher, Irving (1930), *The Noble Experiment,* New York.

Fletcher, Horace (1906), *The New Glutton or Epicure,* New York.

Food and Drug Administration (1969), FDA Fact Sheet, May 1967, in: U.S. Senate, Select Committee on Nutrition and Human Needs (Hg.): *Nutrition and Private*

Industry: Hearings, 90th Cong., 2nd sess., and 91st Cong., 1st sess, 1969, Washington D.C., S. 3956–3961.

Foster, Michael (1906), Experiments upon human nutrition. Report of April 26, 1902, in: Fletcher, Horace: *The New Glutton or Epicure,* New York, S. 18–24.

Frank, Gisela (u.a.) (1991), *Die Nationale Verzehrsstudie. Ergebnisse der Basisauswertung* (= Materialien zur Gesundheitsforschung 19), Bonn.

Franks, Thetta Quay (1918), *Daily Menus for War Service,* New York.

Fraser, Brockington, Colin (1950), *A Short History of Public Health,* London.

Frey, Manuel (1997), *Der reinliche Bürger: Entstehung und Verbreitung bürgerlicher Tugenden in Deutschland. 1760-1860,* Göttingen.

Friedan, Betty (1963), *Feminine Mystique,* New York.

Fritzen, Florentine (2006), *Gesünder leben. Die Lebensreformbewegung im 20. Jahrhundert,* Stuttgart.

Gallup, George Horace (1972), *Gallup Poll: Public Opinion 1935-1971. Vol.1,* New York.

Gately, Iain (2001), *La diva Nicotica. The Story of How Tobacco Seduced the World,* London.

Gaupp, Robert E. (u.a.) (1921), An die deutsche Ärzteschaft, in: *Münchener medizinische Wochenschrift 68,* München, S.832.

Gehman, Jesse M. (1943), *Smoke over America,* East Aurora.

General Mills (Hg.) (1950), *Betty Crocker Cookbook: Everything You Need to Know to Cook Today,* New York.

Gerritsen, Jan-Willem (2000), *The Control of Fuddle and Flash. A Sociological History of the Regulation of Alcohol and Opiates,* Leiden.

Gerst, Thomas (2004), *Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland, 1945-1955,* Stuttgart.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., 09.10.2009, http://www.gesundheitsziele.de

Giles, Geoffrey J. (1991), Student Drinking in the Third Reich: Academic Tradition and the Nazi Revolution, in: Barrows, Susanna/Room, Robin (Hg.): *Drinking: Behaviour and Belief in Modern History,* Berkeley, S. 132–143.

Gillett, Lucy H./Rice, Penelope B. (1931), *Influence of Education and Nutrition on the Food Habits of Some New York City Families,* New York.

Gilman, Sander L./Zhou, Xun (2004), *Smoke: A Global History of Smoking,* London.

Gleizès, Jean Antoine (1872), *Thalysia oder das Heil der Menschheit/Thalysie ou la nouvelle existence,* Berlin.

GMK (Gesundheitsministerkonferenz (1993), Entschließung der 64. Gesundheitsministerkonferenz 1991, in: Franzkowiak, Peter/Sabo, Peter (Hg.): *Dokumente der Gesundheitsförderung: internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung,* Mainz, S. 176–186.

Gochman, David S. (Hg.) (1997), *Handbook of Health Behavior Research IV: Relevance for Professionals and Issues for the Future,* Berlin

Gold, Helmut (1998), Der ausgestellte Mensch. Ausstellungen als Medium der Gesundheitsaufklärung, in: Roeßiger, Susanne/Merk, Heidrun (Hg.): *Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation. Eine Publikation des Deutschen Hygiene-Museums, Dresden und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,* Marburg, S. 142–153.

Goldstein, Michael S. (1992), *The Health Movement. Promoting Fitness in America,* New York.

Goodman, Jordan (1993), *Tobacco in History: The Cultures of Dependence,* London.

Gordon, Ernest (1930), *When the Brewer had the Stranglehold,* New York.

Gottsegen, Jack J. (1940), *Tobacco. A Study of its Consumption in the United States,* New York.

Gottstein, Adolf (1897), *Allgemeine Epidemiologie,* Leipzig.

Graham, Sylvester (1839), *Lectures on the Science of Human Life. 2 Bände,* Boston.

— (1834), *A Lecture to Young Men on Chastity, intended also for the serious consideration of parents and guardians,* Providence.

Gries, Rainer (1991), *Die Rationengesellschaft. Versorgungskampf und Vergelichsmentalität: Leipzig, München und Köln nach dem Kriege,* Münster.

Griggs, Barbara (1986), *The Food Factor,* London.

Griscom, John Henry (1845), *The Sanitary Condition of the Labouring Population of New York,* New York.

Grüne, Jutta (2004), Staatliche Überwachung der Lebensmittelqualität. Entstehung ihrer rechtlichen, wissenschaftlichen und institutionellen Prämissen, in: Teuteberg, Hans Jürgen (Hg.): *Die Revolution am Esstisch. Neue Studien zur Nahrungskultur im 19./20. Jahrhundert,* Stuttgart, S. 249–262.

Gullotta, Thomas, P. (Hg.) (2003), *Encyclopaedia of Primary Prevention and Health Promotion,* New York.

Gumpert, Martin (1940), *Heil Hunger! Health under Hitler,* London.

Gütt, Arthur (1937), Öffentliches Gesundheitswesen und Vierjahresplan, in: *Öffentlicher Gesundheitsdienst,* S. 211-221.

Hahn, Johann Siegmund (1738), *Unterricht von Krafft und Würckung des frischen Wassers in die Leiber der Menschen, besonders der Krancken, bey dessen innerlichen und äusserlichen Gebrauch,* Schweidnitz.

Hahn, Theodor (1871), *Die naturgemäße Diät, die Diät der Zukunft. nach Erfahrungen und Wissenschaft aller Zeiten und Völker. 2.,* neu durchges. und verm. Auflage, Cöthen.

— (1867), *Praktisches Handbuch der naturgemäßen Heilweise,* Berlin.

Hall, Ross H. (1974), *Food for Nought: The Decline of Nutrition,* Hagerstown.

Hamilton, Thomas (1833), *Men and Manners in America,* Edinburgh.

Hamlin, Suzanne (1995), Researchers Find Creavings Hard to Resist, in: *New York Times Feb. 22, 1995.*

Hammond, E. Cuyler/Horn, Daniel (1954), The Relationship between Human Smoking Habits and Death Rates, in: *The Journal of the American Medical Association, 155,* Chicago, S. 316–328.

Hampe, Edward C./Wittenberg, Merle (1964), *The Lifeline of America: development of the food industry,* New York.

Hansen, Bert (2004), Medical History for the Masses: How American Comic Books Celebrated Heroes of Medicine in the 1940s, in: *Bulletin of the History of Medicine, 78,* Baltimore, S. 148–191.

Hard, Mikael (1994), *Machines are frozen spirit. The scientification of refrigeration and brewing in the 19th Century. A Weberian Interpretation,* Frankfurt.

Hardy, Anne/Tansey, E. M. (2006), Medical Enterprise and Global Response, 1945-2000, in: Bynum, William (u.a.): *The Western Medical Tradition. 1800-2000,* Cambridge, S. 405–534.

Harper, Alfred E. (2000), Recommended Dietary Allowances and Dietary Guidance, in: Kiple, Kenneth F./Ornelas, Kriemhild Coneè (Hg.): *The Cambridge World History of Food. Zwei Bände,* Cambridge, S. 1606–1621.

Hartman, Susan (1982), *The Home Front and Beyond: American Women in the 1940s,* Boston.

Hau, Michael (2003), *The Cult of Health and Beauty in Germany: A Social History, 1890-1930,* Chicago.

Haug, Karin (1994), Das Kartell der Experten, in: *Natur. Zeitschrift für eine ökologische Zukunft, 9,* S. 16–20.

Hausberg, Carl (1938), *Die deutsche Zigaretten-Industrie und die Entwicklung zum Reemtsma-Konzern unter besonderer Berücksichtigung der Reemtsma-Werke,* Würzburg.

Haushofer, Max (1901), Die Veredelung der menschlichen Rassen, in: *Die neue Heilkunst 13,* S. 20.

Haustein, Knut-Olaf (2004), Fritz Lickint (1898-1960) – Ein Leben als Aufklärer über die Gefahren des Tabaks, in: *Suchtmedizin in Forschung und Praxis. 6 (3), Landsberg,* S. 249–255.

Heilmeyer, Ludwig/Holtmeier, Hans-Jürgen (1968) (Hg.), *Ernährungswissenschaften,* Stuttgart.

Heineken, Cornelius Philipp (1836), *Die freie Hansestadt Bremen und ihr Gebiet in medizinischer und naturhistorischer Hinsicht geschildert, 2 Bände,* Bremen.

Helrich, Kenneth (1984), *The Great Collaboration: the first 100 years of the Association of Official Analytical Chemists,* Arlington.

Hengartner, Thomas (1996): Tabakkonsum und Rauchen. Theoretische Überlegungen zu einer Volkskunde der Genussmittel, in: Ders./Merki, Christoph Maria (Hg.): *Tabakfragen. Rauchen aus kulturwissenschaftlicher Sicht,* Zürich, S. 113–137.

Hess, Henner (1987), *Rauchen – Geschichte, Geschäfte, Gefahren,* Frankfurt.

Hindhede, Mikkel (1922), *Die neue Ernährungslehre,* Dresden.

Hirayama, Takeshi (Hg.) (1980), *Cancer Risks by Site,* Geneva.

Hirschfelder, Gunther (2005), *Europäische Esskultur. Geschichte der Ernährung von der Steinzeit bis heute,* Frankfurt.

— (2000), *Alkoholkonsum am Beginn des Industriezeitalters (1700-1850). Vergleichende Studien zum gesellschaftlichen und kulturellen Wandel. Die Region Manchester, Bd. 1. Die Region Aachen, Bd. 2,* Köln.

— (1995), Kölner Fast Food zwischen Rievkooche und McDonald's. Zur Entwicklung einer Kulturform seit 1945, in: *KulTour. Mitteilungsblatt des Volkskundlichen Seminars der Universität Bonn 6/1995, Heft 1,* Bonn, S. 24–37.

Högaard, Arne (1942), Mitteilungen, in: *Monatsschrift für Krebsbekämpfung: Verhütung, Erkennung und Behandlung bösartiger Geschwülste 10,* München, S. 99–100.

Hoffmann, Frederick L. (1937), *Cancer and Diet. With Facts and Observations on Related Subjects,* Baltimore.

Hoffmann, Friedrich (1745), *Friederich Hoffmanns Gründlicher Unterricht, wie ein Mensch nach denen Gesundheits-Regeln der Heil-Schrifft und durch vorsichtigen Gebrauch weniger außerlesener Artzneyen, sein Leben und Gesundheit lang conserviren könne: Deme noch beygefüget ein Bericht von der Natur, Eigenschafft und herzlichen Krafft deß Ungarischen Weins, und von dem Nutzen der Wasser-Bäder, wie auch vom Gebrauch und Mißbrauch deß Schnupff-Tobacks und anderer Nieß-Pulver.* Verfertiget und herauß gegeben von Georg Friedrich Reimmann, Dritte Auflage, Ulm.

Hoffmann, Walther G. (1965), *Das Wachstum der deutschen Volkswirtschaft seit der Mitte des 19. Jahrhunderts,* Berlin.

Hofstätter, Robert (1924), *Die rauchende Frau: Eine klinische, psychologische und soziale Studie,* Wien.

Holle, Luise (1904), *Henriette Davidis-Holle. Praktisches Kochbuch für die gewöhnliche und feinere Küche. Unter besonderer Berücksichtigung der Anfängerinnen und angehenden Hausfrauen neu bearbeitet und herausgegeben,* Bielefeld.

Hooker, Richard James (1981), *Food and Drink in America. A History,* Indianapolis.

Hoppe, Hugo (1912), *Die Tatsachen über den Alkohol.* 4. Auflage, München.

Horbelt, Rainer/Spindler, Sonja (2000), *Die deutsche Küche im 20. Jahrhundert. Von der Mehlsuppe im Kaiserreich bis zum Designerjoghurt der Berliner Republik. Ereignisse – Geschichten – Rezepte,* Frankfurt.

Howard, Jane (1984), *Margaret Mead, a Life,* New York.

Hüllinghorst, Rolf (2000a), Präventive Sucht- und Drogenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, in: Schmidt, Bettina/Hurrelmann, Klaus (Hg.): *Präventive Sucht- und Drogenpolitik.* Ein Handbuch, Opladen, S. 267–281.

— (2000b), Der bevölkerungsbezogene Ansatz zur Minimierung von Suchtgefahren, in: Pittrich, Wolfgang (u.a.) (Hg.): *Suchtpolitik auf dem Weg ins nächste Jahrtausend: 19. Jahrestagung: 14. Dezember 1999 Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe,* S. 43–53.

Huerkamp, Claudia (1986), Medizinische Lebensreform im späten 19. Jh, in: *Vierteljahrsschrift für Sozial und Wirtschaftsgeschichte,* Stuttgart. S. 158–182.

Hufeland, Christoph Wilhelm (1837), *Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis,* Berlin.

— (1802), *Über die Vergiftung durch Branntwein,* Berlin.

— (1800-1805), *System der practischen Heilkunde: ein Handbuch für academische Vorlesungen und für den practischen Gebrauch,* Jena/Leipzig.
— (1797), *Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern,* Jena.
— (1796), *Ideen über Pathogenie und Einfluss der Lebenskraft auf Entstehung und Form der Krankheiten. Als Einleitung zu pathologischen Vorlesungen,* Jena.
Hunke, Heinrich (1941), Bestimmung des Werberates, in: *Wirtschaftswerbung, Dezember 1941,* Berlin, S. 395–396.
Huntemann, Hans (1970), *Bierproduktion und Bierverbrauch in Deutschland vom 15. bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts,* Göttingen.
Hunter, Beatrice (1972), *Consumer Beware! Your Food and What's Been Done to It,* New York.
Hyman, Merton M. (u.a.) (1980), *Drinkers, Drinking, and Alcohol-Related-Mortality and Hospitalizations: A Statistical Compendium,* New Brunswick.

Illich, Ivan (1973), *Medical Nemesis: The Expropriation of Health,* London.
Ireland, John (1894), *The Catholic Church and the Saloon,* Chicago.

Jacobsen Leslie K. (u.a.) (2005), Effects of smoking and smoking abstinence on cognition in adolescent tobacco smokers, in: *Biological Psychiatry. Jan 1;57(1),* New York, S. 56–66.
Jacobson, Michael (u.a.) (1976), Professors on the Take, in: *The Progressive, November, Madison,* S. 42–43.
Jacyna, Stephen (2006), Medicine in Transformation, in: Bynum, William (u.a.): *The Western Medical Tradition. 1800-2000,* Cambridge, S.11–110.
Jahn, Friedrich L. (2003), *Die Deutsche Turnkunst. Nachdruck der Ausgabe von 1816,* Jena.
James I, King of England (1604), *A Counterblaste to Tobacco. Carefully edited by Edward Arber 1869,* London.
Jaskowski, Friedrich (1912), *Philosophie des Vegetarismus. Eine philosophosische Grundlegung und eine philosophische Betrachtung des Vegetarismus und seiner Probleme in Natur, Ethik, Religion und Kunst,* Berlin.
Jellinek, E. M. (1960), *The Disease Concept of Alcoholism,* Highland Park.
John, Ulrich (2003), Riskanter Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.): *Das Public Health Buch,* München, S. 613–620.
Jones, Ita (1971): *The Grubbag: An Underground Cookbook,* New York.
Jones, Jacqueline (1985), *Labor of Love, Labor of Sorrow: Black Women, Work, and the Family from Slavery to the Present,* New York.
Jütte, Robert (1996), *Geschichte der alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute,* München.
Junge,Burkhard/Nagel, M. (1999), Das Rauchverhalten in Deutschland, in: *Das Gesundheitswesen 61 (1999) Sonderheft 2,* S. 121–125.

Junod, Suzanne White (2000a), Alternative Drugs: Homeopathy, Royal Copeland, and Federal Drug Regulation, in: *Pharmacy in History 42:1-2,* Madison, S. 13–35.

— (2000b), Food Standards in the United States: The Case of Peanut Butter and Jelly Sandwich, in: Smith, David F./Phillips, Jim (Hg.): *Food, Science, Policy and Regulation in the Twentieth Century: International and Comparative Perspectives,* London, S. 166–188.

Just, Adolf (1907), *Geistes- und Seelenleben,* Jungborn-Stapelburg.

— (1904), *Paradise Regained. The Care of the Body – Water, Human Curative Power, Light, Air, Earth, Food, Fruit Culture,* 4. Auflage, New York.

Kácsoh, László (2001), Menschliche Gesundheit im Widerstreit zweier Politikfelder: Die derzeit fehlende Integration von Gesundheits- und Umweltpolitik, in: Kellermann, Kerstin (Hg.): *Aktivierender Staat und aktive Bürger. Plädoyer für eine integrative Gesundheitspolitik,* Frankfurt, S. 51–77.

Kaiserliches Statistisches Amt (Hg.) (1913), *Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich 1913,* Berlin.

— (1910), *Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich 1910,* Berlin.

— (1883), *Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich 1883,* Berlin.

Kaminga, Harmke (2000), Axes to Grind: Popularising the Science of Vitamins, 1920s and 1930s, in: Smith, David F./Phillips, Jim (Hg.): *Food, Science, Policy and Regulation in the Twentieth Century: International and Comparative Perspectives,* London, S. 83–100.

Kapfelsberger, Eva/Pollmer, Udo (1992), *Iss und stirb. Chemie in unserer Nahrung,* Köln.

Katalyse-Umweltgruppe Köln e. V. (Hg.) (1982), *Chemie in Lebensmitteln,* Köln.

Kay, Gwen (2001), Healthy Public Relations: The FDA's 1930s Legislative Campaign, in: *Bulletin of the History of Medicine 75,* Baltimore, S.446–487.

Keating, Paul/Cambrosio, Alberto (2001), The New Genetics and Cancer: The Contributions of Clinical Medicine in the Era of Biomedicine, in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 56,* Cary, S. 321–352.

Keeley, Leslie (1891a), Heredity and poisons. *Chicago Daily Tribune, 30. Mai 1891,* S. 13.

— (1891b), Inebriety and its cure. *Chicago Daily Tribune, 23 Mai 1891,* S. 10.

Kellermann, Kerstin (u.a.) (2001), Gesundheit – eine demokratische Ressource: Zur Notwendigkeit einer gesundheitspolitischen Willensbildung, in: Dies. (Hg.): *Aktivierender Staat und aktive Bürger. Plädoyer für eine integrative Gesundheitspolitik,* Frankfurt, S. 9–24.

— (2001b), Gesundheitsförderung – Anamnese eines chronisch kraftlosen Patienten, in: Dies. (Hg.): *Aktivierender Staat und aktive Bürger. Plädoyer für eine integrative Gesundheitspolitik,* Frankfurt, S. 27–31.

— (2001c), Von »Krankheit« als gesellschaftlicher Ausgrenzungsfunktion zu »Gesundheit« als Integrationsleistung? in: Dies. (Hg.): *Aktivierender Staat und aktive Bürger. Plädoyer für eine integrative Gesundheitspolitik,* Frankfurt, S. 79–106.

Kellogg, John Harvey (1921), *The New Dietetics, what to Eat and how; a Guide to Scientific Feeding in Health and Disease,* Battle Creek.

Keys, Ancel/Keys, Margaret (1961), *Der gesunde Feinschmecker: Das Buch eines Mediziners für den Arzt und den Laien über das gefährliche Fett und über die Zusammenhänge von Herzkranzgefässerkrankungen und Ernährung* (=Eat Well and Stay Well), Stuttgart.

Killian, Johnny (Hg.) (2004), *The Constitution of the United States of America: Analysis and Interpretation,* Washington.

Kiple, Kenneth F. (2007), *A Movable Feast. Ten Millennia of Food Globalization,* Cambridge.

Kiple, Kenneth F./Ornelas, Kriemhild Coneè (Hg.) (2000), *The Cambridge World History of Food, Zwei Bände,* Cambridge.

Kittel, Walther (1944), Hygiene des Rauchens, in: Handloser, Siegfried/Hoffmann, Wilhelm (Hg.): *Wehrhygiene,* Berlin, S. 242–248.

Kitzing, Eberhard (1941), *Erziehung zur Gesundheit. Ein Handbuch für Jugenderzieher und Eltern,* Berlin.

— (1939), *Gesund durch richtige Ernährung.* (= Gesundheitsaktion der Hitler-Jugend 3), Berlin.

Klarner, Wolfgang (1940), *Vom Rauchen. Eine Sucht und ihre Bekämpfung, Diss.* Erlangen.

Körber, Karl von (u.a.) (1999), *Vollwert-Ernährung,* 9. Auflage, Heidelberg.

— (1981), *Vollwert-Ernährung,* Heidelberg.

Kofrányi, Ernst (1960), *Einführung in die Ernährungslehre,* Frankfurt.

Kofrányi, Ernst/Wirths, Willi (1994), *Einführung in die Ernährungslehre,* 11. Auflage, Frankfurt.

Kollath, Werner (1947-1948), *Lehrbuch der Hygiene, Band 1 und 2,* 2. Auflage, Leipzig.

— (1942), *Die Ordnung unserer Nahrung,* Stuttgart.

— (1937a), *Grundlagen, Ziele und Methoden der Hygiene,* Leipzig.

— (1937b), *Von den Aufgaben der hygienischen Wissenschaft im 3. Reich* (=Rostocker Universitätsreden, Heft 21), Rostock, S. 15–26.

Koolmes, Peter A. (2000), Veterinary Inspection and Food Hygiene in the Twentieth Century, in: Smith, David F./Phillips, Jim (Hg.): *Food, Science, Policy and Regulation in the Twentieth Century: International and Comparative Perspectives,* London, S. 53–68.

Krabbe, Wolfgang W. (1998a), Lebensreform/Selbstreform, in: Kerbs, Diethart/Reulecke, Jürgen (Hg.): *Handbuch der Reformbewegungen 1880-1933,* Wuppertal, S. 73–75.

— (1998b), Naturheilbewegung, in: Kerbs, Diethart/Reulecke, Jürgen (Hg.): *Handbuch der Reformbewegungen 1880-1933,* Wuppertal, S. 77–85.

— (1974), *Gesellschaftsveränderungen durch Lebensreform: Strukturmerkmale einer sozialreformerischen Bewegung im Deutschland der Industrialisierungsperiode,* Göttingen.

Kraus, Ludwig (u.a.) (2005), Alkoholpolitische Maßnahmen in Deutschland – Wirklichkeit und Möglichkeiten, in: Babor (u.a.) *Alkohol – kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik,* Göttingen, S. 297–312.

Kraut, Heinrich (1952), *Ernähren wir uns richtig?* Hamburg.

Krondl, Michael (2004), Margarine, in: Smith, Andrew F. (Hg.): *The Oxford Encyclopedia of Food and Drink in America. Volume 1,* Oxford, S.45–46.

Krueger, Gretchen (2004), Dear Be Not Proud: Children, Families, and Cancer in Post-war America, in: *Bulletin of the History of Medicine, 78,* Baltimore, S. 836–863.

Kühn, Hagen (1993), *Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA,* Berlin.

Kühnau, Joachim (1968), Die heutige Ernährungssituation in der Wohlstandsgesellschaft, in: Heilmeyer, Ludwig/Holtmeier, Hans-Jürgen (Hg.): *Ernährungswissenschaften,* Stuttgart, S. 100–111.

Labisch, Alfons (1992), *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit,* Frankfurt.

— (1990), *Geschichte, Sozialgeschichte, Historische Soziologie der Medizin,* Kassel.

Labisch, Alfons/Tennstedt, Florian (1991a), Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik im Deutschen Reich (1871-1945), in: Elkeles, Thomas (Hg.): *Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990,* Berlin, S. 13–28.

— (1991b), Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland (1949- ca. 1965), in: Elkeles, Thomas (Hg.): *Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990,* Berlin, S. 129–158.

Lahmann, Heinrich (1895), *Die diätetische Blutentmischung (Dysämie) als Grundursache aller Krankheiten. Ein Beitrag zur Lehre von der Krankheitsdisposition und Krankheitsverhütung,* 5. Auflage, Leipzig.

Lampard, Eric (1963), *The Rise of the Dairy Industry in Wisconsin. A Study in Agricultural Change, 1820 – 1920,* Madison.

Landtag des Freistaates Bayern (2009), *Gesetz zur Änderung des Gesetzes zum Schutz der Gesundheit (Gesundheitsschutzgesetz – GSG). BayGVBl. 2009,* S. 384

— (2007), *Gesetz zum Schutz der Gesundheit (Gesundheitsschutzgesetz – GSG). BayGVBl. 2007,* S. 919.

Landtag Nordrhein-Westfalen (2007), *Gesetz zur Verbesserung des Nichtraucherschutzes in Nordrhein-Westfalen. GV. NRW 2007,* S. 741.

Landtag von Baden-Württemberg (2007), *Landesnichtraucherschutzgesetz (LNRSchG). Drucksache 14/1580.*

Lang, Konrad (Hg.) (1965), *Ernährungsprobleme in der modernen Industriegesellschaft,* Darmstadt.

Langworthy, Charles F. (1907), Food and Diet in the United States, in: *Yearbook/United States Department of Agriculture. 1907,* Washington D.C., S. 361–378.

Lappé, Frances Moore (1971), *Diet for a Small Planet,* New York.

Laves, Theodor (1887), *Die Entwicklung der Brennerei und Branntweinbesteuerung in Deutschland, insbesondere das neue Branntweinsteuergesetz vom 24. Juni 1887,* Leipzig.

Lawrence, Christopher (2006), Continuity in Crisis: Medicine 1914-1945, in: Bynum, William (u.a.): *The Western Medical Tradition. 1800-2000,* Cambridge, S. 247–404.

Ledermann, Sully (1956), *Alccol, alcoolisme, alcoolisation,* Paris.

Leichter, Howard M. (1991), *Free to be Foolish. Politics and Health Promotion in the United States and Great Britain,* Princeton.

Leitzmann, Klaus (u.a.) (2005), *Alternative Ernährungsformen,* 2. Auflage, Stuttgart.

— (2003), *Ernährung in Prävention und Therapie. Ein Lehrbuch,* Stuttgart.

— (2001), *Vegetarismus. Grundlagen, Vorteile, Risiken,* München.

Leitzmann, Klaus (1983), *Ernährung und Gesundheit von Vegetariern,* Gießen.

Leitzmann, Klaus/Groeneveld, Maike (1997), *Gesundheit kann man essen. Bioaktive Stoffe in Lebensmitteln,* München.

Lender, Mark E./Martin, James K. (1982), *Drinking in America. A History,* New York.

Lenzner, Kurt (1931), *Gift in der Nahrung,* Leipzig.

Leonhard-Spark, Arlene J. (1980), *A Content Analysis of Food Ads Appearing in Women's Consumer Magazines in 1965 and 1977,* New York.

Lerner, Barron H. (2001), *The Breast Cancer Wars: Hope, Fear and Pursuit of a Cure in Twentieth-Century America,* Oxford.

Lerner, Monroe/Anderson, Odin W. (1963), *Health Progress in the United States 1900-1960,* Chicago.

Lesniczak, Peter (2003), *Alte Landschaftsküchen im Sog der Modernisierung. Studien zu einer Ernährungsgeographie Deutschlands zwischen 1860 und 1930,* Wiesbaden.

Levenstein, Harvey A. (1993), *Paradox of Plenty: A Social History of Eating in Modern America,* New York.

— (1988), *Revolution at the Table: The Transformation of the American Diet,* New York.

Levine, Harry Gene (1978), The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America, in: *Journal of Studies on Alcohol 39,* New Brunswick, S. 143–174.

Lewin, Kurt (1943), Forces Behind Food Habits and Methods of Change, in: Committee on Food Habits (Hg.): *The Problem of Changing Foods Habits: Report of the Committee on Food Habits, 1941-1943* (= National Research Council Bulletin 108), Washington. S.45.

Lewin, Louis (1927), *Phantastica. Die betäubenden und erregenden Genußmittel, 2. Auflage,* Berlin.

Lewis, Pearl (1948), *Eating for Health,* New York.

Ley, Astrid (2002), »Die Verminderung der Hausbesuche erklärt sich durch die anderweitige Inanspruchnahme der Fürsorgeärzte.« Zu den Auswirkungen des Sterilisationsgesetzes auf die Offene Fürsorge für Geisteskranke, in: Stöckel, Si-

grid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriss und Prolog,* Weinheim, S. 122–135.

Lickint, Fritz (1939), *Tabak und Organismus: Handbuch der gesamten Tabakkunde,* Stuttgart.

— (1935), *Die Krebsfrage im Lichte der modernen Forschung,* Berlin.

— (1929), Tabak und Tabakrauch als ätiologischer Faktor des Carzinoms, in: *Zeitschrift für Krebsforschung 30,* Leipzig, S.349–365.

Liebig, Justus (1842), *Die organische Chemie in ihrer Anwendung auf Physiologie und Pathologie,* Braunschweig.

Lincoln, D. A. (1891), *The Boston Cook Book. What to Do and What not to Do in Cooking,* Boston.

Love, John F. (1986), *McDonald's: Behind the Golden Arches,* New York.

Lüdtke, Alf (1987), Hunger in der Großen Depression. Hungererfahrung und Hungerpolitik am Ende der Weimarer Republik, in: *Archiv für Sozialgeschichte 27,* Bonn, S. 145–176.

Lungwitz, Hans (1941), *Tabak und Neurose* (= Band 2 der Monograhiae Nicotianae), Bremen.

MacDonald, Joan Vos (2000), *Tobacco and Nicotine Drug Dangers,* Cambridge.

MacElvaine, R.S. (2004), *Encyclopedia of the Great Depression,* New York.

Maier, Jörg/Troeger-Weiss, Gabi (1997), Kulinarische Fremdenverkehrs- und Freizeitkultur. Freizeitrends und Lebensstile in der Bundesrepublik Deutschland, in: Teuteberg, Hans Jürgen (Hg.): *Essen und kulturelle Identität. Europäische Perspektiven,* Berlin, S. 227–241.

Malmberg, Carl (1935), *Diet and Die,* New York.

Marchand, Roland (1985), *Advertising the American Dream: Making Way for Modernity, 1920-1940,* Berkeley.

Marks, Susan (2007), *Finding Betty Crocker: The Secret Life of America's First Lady of Food,* St. Paul.

Martin, A. Lynn (2001), *Alcohol, Sex, and Gender in Late Medieval and Early Modern Europe,* Basingstoke.

Massachusetts Bureau of Labor Statistics (Hg.) (1898), *Twenty-eighth Annual Report March 1898,* Boston.

May, Elaine Tyler (1988), *Homeward Bound: American Families in the Cold War-Era,* New York.

McCollum, Elmer (1940), *Food, Nutrition and Health,* Baltimore.

— (u.a.) (1929), *The Newer Knowledge of Nutrition,* New York.

— (1918), *The Newer Knowledge of Nutrition,* New York.

Meadows, Dennis L. (2000), *Die Grenzen des Wachstums. Bericht des Club of Rome zur Lage der Menschheit,* Stuttgart.

Meckel, Richard A. (1990), *Save the Babies: American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortality, 1850-1929,* Baltimore.

Meier, Edith (2001), *Prävention – Allheilmittel oder Placebo? Strukturelle und individuelle Ansätze am Beispiel von Herz-Kreislauferkrankungen,* Lage.

Meier, Kenneth J. (1994), *The Politics of Sin. Drugs, Alcohol, and Public Policy,* Armonk.

Mellinger, Nan (2000), *Fleisch. Ursprung und Wandel einer Lust. Eine kulturanthropologische Studie,* Frankfurt.

Melzer, Jörg (2003), *Vollwerternährung, Diätetik, Naturheilkunde, Nationalsozialismus, sozialer Anspruch,* Stuttgart.

Menninger, Annerose (2004), *Genuss im kulturellen Wandel. Tabak, Kaffee, Tee und Schokolade in Europa (16.-19. Jahrhundert),* Wiesbaden.

Merta, Sabine (2004), »Weg mit dem Fett!« Wege und Irrwege zur »Schlanken Linie«. Der Kampf gegen Korpulenz als Phänomen der Moderne, in: Teuteberg, Hans Jürgen (Hg.): *Die Revolution am Esstisch. Neue Studien zur Nahrungskultur im 19./20. Jahrhundert,* Stuttgart, S. 263–281.

Merta, Sabine (2003), *Wege und Irrwege zum modernen Schlankheitskult. Diätkost und Körperkultur als Suche nach neuen Lebensstilformen 1880 – 1930,* Stuttgart.

Merzdorf, J (u.a.) (1982), *Daten und Fakten zur Entwicklung des Rauchens in Mitgliedsländern der Europäischen Gemeinschaften: Ergebnisse einer vergleichenden Analyse für den Zeitraum 1960 – 1980,* Luxemburg.

Milles, Dietrich/Müller, Rainer (2002), Auftrag und Begrenzung der Gewerbehygiene, in: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriss und Prolog,* Weinheim, S. 39–51.

Mintz, Steven/Kellogg, Susan (1988), *Domestic Revolutions: A Social History of American Family Life,* New York.

Möckl, Karl (1987), Die große deutsche Küche. Formen des Essverhaltens seit den siebziger Jahren, in: Protzner, Wolfgang (Hg.): *Vom Hungerwinter zum kulinarischen Schlaraffenland. Aspekte einer Kulturgeschichte des Essens in der Bundesrepublik Deutschland.* (=Beiträge zur Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 35), Wiesbaden, S. 49–64.

Modell, John (1874), *Family Budget Study: Massachusetts* (= Dataset ICPSR 9032, 1983), Ann Arbor.

Modeste, Naomi N./Tamayose, Teri S. (Hg.) (2004), *Dictionary of Public Health Promotion and Education,* San Francisco.

Mojduszka, Eliza M. (2000), Food Labeling, in: Kiple, Kenneth F./Ornelas, Kriemhild Coneè (Hg.): *The Cambridge World History of Food, Zwei Bände,* Cambridge, S. 1621–1628.

Moleschott, Jacob (1858), *Lehre der Nahrungsmittel. Für das Volk,* 3. Auflage, Erlangen.

Moser, Gabriele (2002), Notverordnungen und Gesundheitspolitik in der Wiemarer Republik: Präventionskonzepte und Versorgungsstrukturen in der Krise, in: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriss und Prolog,* Weinheim, S. 96–109.

Müller, Franz Hermann (1939a), Tabakmissbrauch und Lungenkarzinom, in: *Zeitschrift für Krebsforschung 49, Heft 1,* Leipzig, S. 57–85.

Müller, Karl (1954), Geleitwort, in: Bohlmann, Johannes: *Was sagt die Wissenschaft zu unserer täglichen Ernährung? Ein Versuch gemeinverständlicher Darstellung ernährungsphysiologischer Probleme,* Gießen, S.3.

— (1939b), *Tabakmissbrauch und Lungenkarzinom, Diss.* Köln.

Münch, Ragnhild/Lazardig, Jan (2002), Inszenierung von Einblick und Überblick. Hygiene-Ausstellungen und Prävention, in: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriss und Prolog,* Weinheim, S.78–95.

Mulder, Gerardus Johannes (1858), *Die Chemie des Bieres,* Leipzig.

— (1856), *Die Chemie des Weines,* Leipzig.

— (1847), *Die Ernährung in ihrem Zusammenhange mit den Volksgeist. Nach dem Holländischen von Jacob Moleschott,* Düsseldorf.

Nader, Ralph (1969), Statement, in: U.S. Senate, Select Committee on Nutrition and Human Needs (Hg.): *Nutrition and Private Industry: Hearings, 90th Cong., 2nd sess., and 91st Cong., 1st sess, 1969,* Washington, S.3888–4081.

National Alcohol Tax Coalition (Hg.) (1985), *Impact of Alcohol Excise Tax Increases on Federal Revenues, Alcohol Consumption, and Alcohol Problems,* Washington.

National Analysts, Inc. (1972), *A Study of Health Practices and Opinions,* Springfield.

National Association of State Dairy and Food Departments (1904), *Journal of proceedings of the eighth annual convention and International pure food congress of the National Association of State Dairy and Food Departments held at the Louisiana Purchase Exposition, St. Louis, Mo. September 26th to October 1st, 1904,* St. Louis,

National Commission on Law Observance and Enforcement (Hg.) (1930), *Enforcement of Prohibition Laws of the United States. Summary and 5 Vols.,* Washington.

National Heart, Lung, and Blood Institute (Hg.) (1985), *Hypertension Prevalence and the Status of Awareness and Control in the United States: Final Report of the Subcommittee on Definition and Prevalence of the 1984 Joint National Committee, in: Hypertension 7, 3,* Baltimore, S. 457–568.

National Research Council, Food and Nutrition Board (Hg.) (1980), *Toward Healthful Diets,* Springfield.

Nestle, Marion (2002), *Food Politics: How the Food Industry Influences Nutrition and Health,* Berkeley.

New York Times vom 21. Februar 1990.

— vom 8. August 1977.

— vom 4. Januar 1987.

— vom 17. November 1974.

— vom 2. Februar 1956.

Nickels, Christa (2000), Präventive Drogenpolitik Bundesregierung, in: Schmidt, Bettina/Hurrelmann, Klaus (Hg.): *Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Ein Handbuch,* Opladen, S. 283–295.

Nicosia, Francis R./Huener/Jonathan (2002), *Medicine and Medical Ethics in Nazi Germany,* New York.

Niehoff, Jens-Uwe (2002), Leitbilder der Prävention seit den 1970er Jahren, in: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriss und Prolog,* Weinheim, S. 218–230.

Noelle, Elisabeth/Neumann, Erich Peter (1974), *Jahrbuch der öffentlichen Meinung 1968–1973,* Allensbach.

Nordenfelt, Lennart (2003), *Dimensions of Health and Health Promotion,* Amsterdam.

Nürnberger Nachrichten vom 17. 08.1946.

Nutton, Vivian (2001), Viersäftelehre, in: *Der neue Pauly. Enzyklopädie der Antike, Band. 10,* Stuttgart, Sp.1208–1210.

— (1995a), Medicine in the Greek World, 800-50 BC, in: Conrad, Lawrence I.(u.a.): *The Western Medical Tradition: 800 BC to AD 1800,* Cambridge, S.11–38.

— (1995b), Roman Medicine, in: Conrad, Lawrence I.(u.a.): *The Western Medical Tradition: 800 BC to AD 1800,* Cambridge, S.39–70.

— (1993), Humoralism, in: W.F. Bynum and Roy Porter (Hg.): *Companion Encyclopedia of the History of Medicine, Vol. I,* London, S. 281–291.

Odgen, Cynthia (u.a.) (2006), Prevalence of Overweight and Obesity in the United States, 1999–2004, in: *JAMA. 295, Nr. 13, April 2006,* S. 1549–1555.

Olson, James S. (2002), *Bathsheba's Breast: Women, Cancer, and History,* Baltimore.

Oppolzer, Alfred (1986), *Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben. Soziale Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit,* Hamburg.

Packard, Vance O. (1957), *Hidden Persuaders,* New York.

Parker-Pope, Tara (2001), *Cigarettes. Anatomy of an Industry from Seed to Smoke,* New York.

Parteikanzlei der NSDAP (1943), Antinikotin-Propaganda. Geplante Maßnahmen bedürfen des Einverständnisses des Reichspropagandaleiters, in: *Verfügungen/Anordnungen/Bekanntgaben 1,* München, S. 408.

Partner, Daniel (2000), *Smoke Screen: Psychological Disorders Related to Nicotine Use,* Philadelphia.

Paulli, Simon (1746), *A Treatise on Tobacco, Tea, Coffee, and Chocolate. Translated by Dr. James,* London.

Pauly, Philip J. (1996), How Did the Effects of Alcohol on Reproduction Become Scientifically Uninteresting? in: *Journal of the History of Biology 29,* Dordrecht, S. 1–28.

Peters, Lulu Hunt (1922), Watch Your Weight! in: *American Magazine, 93, 3 March 1922,* New York, S. 56–57.

Pflanz, Manfred (1962), *Sozialer Wandel und Krankheit,* Stuttgart.

Pich, Sabine (1991), *Zwischen Fabrik und Feldarbeit. Tabakanbau und Zigarrenindustrie in der Geschichte von St. Leon-Rot,* Ubstadt-Weiher.

Plamper, Evelyn/Lauterbach, Karl W. (2001), Das ökonomische Dilemma der Gesundheitspolitik: Fehlsteuerungen und Fehlversorgungen im Gesundheitsbereich – ein Diktat der Knappheit? in: Kellermann, Kerstin (Hg.): *Aktivierender*

Staat und aktive Bürger. Plädoyer für eine integrative Gesundheitspolitik, Frankfurt, S. 33–49.

Poppendieck, Janet (1986), *Breadlines Knee-Deep in Wheat: Food Assistance in the Great Depression,* New Brunswick.

Porter, Dorothy (1999), *Health, Civilization and the State. A History of Public Health from Ancient to Modern Times,* London.

Porter, Roy (1995), The Eighteenth Century, in: Conrad, Lawrence I.(u.a.): *The Western Medical Tradition: 800 BC to AD 1800,* Cambridge, S.371–476.

Portland Oregonian vom 23. Dezember 1983.

Pott, Elisabeth (2002), Gesund in der Gesellschaft – Informationen der Bevölkerung heute. Aufgaben und Konzepte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, in: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriß und Prolog,* Weinheim, S. 204–217.

Potter, Paul/Gundert, Beate (1998), Hippokrates aus Kos, in: *Der neue Pauly. Enzyklopädie der Antike, Band 15,* Stuttgart, Sp. 590–599.

Powers, Madelon (1991), Decay from Within: The Inevitable Doom of the American Saloon, in: Barrows, Susanna/Room, Robin (Hg.): *Drinking: Behaviour and Belief in Modern History,* Berkeley, S. 112–131.

Prince, Eldred E. (2000), *Long Green: the Rise and Fall of Tobacco in South Carolina,* London.

Prinz, Michael (Hg.) (2003), *Der lange Weg in den Überfluß. Anfänge und Entwicklung der Konsumgesellschaft seit dem Vormodernen,* Paderborn.

Proctor, Robert N. (2002), *Blitzkrieg gegen den Krebs. Gesundheit und Propaganda im Dritten Reich,* Stuttgart.

Protzner, Wolfgang (1987), Vom Hungerwinter bis zum Beginn der »Fresswelle«, in: Ders. (Hg.): *Vom Hungerwinter zum kulinarischen Schlaraffenland. Aspekte einer Kulturgeschichte des Essens in der Bundesrepublik Deutschland* (= Beiträge zur Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 35), Wiesbaden, S. 11–30.

Public Health Cigarette Smoking Act of 1969, 09.10.2009, http://tobaccodocuments.org/atc/71066088.html

Rabin, Robert L. (2001), *Regulating Tobacco,* Oxford.

Radin, Paul (1935), *The Italians of San Francisco: Their Adjustment and Acculturation. Band 1,* San Francisco.

Rahmede Jörg (1983), *Passivrauchen. Gesundheitliche Wirkungen und rechtliche Konsequenzen,* Gelsenkirchen

Ranhofer, Charles (1920), *The Epicurean. A complete treatise of analytical and practical studies on the culinary art. Illustrated with 800 plates,* Evanston.

Rauchen. Wie gut, in: *Der Spiegel* vom 22. Januar 1964, S. 61.

Rausse, Johann Heinrich (1851-1852), *Anleitung zur Ausübung der Wasserheilkunde für Jedermann, der zu lesen und zu denken versteht.* Hg. und fortges. von Theodor Hahn, 3 Bände, Leipzig.

Ravenholt, Reimert T. (1984), Addiction mortality in the USA 1980: Tobacco Alcohol, in: *Population and Development Review. 10,* Malden, S. 697–724.

Regin, Cornelia (1995), *Selbsthilfe und Gesundheitspolitik: Die Naturheilbewegung im Kaiserreich (1889-1914),* Stuttgart.

Reichsführer SS (1940), Rauchverbot für die Polizei auf Straßen und in Diensträumen, die dem Publikumsverkehr dienen, in: *Die Genussgifte: internationale wissenschaftl.-prakt. Zeitschrift 36,* Berlin. S. 59.

Reichsgesundheitsamt (Hg.) (1932), *Reichgesundheitsblatt 1932,* Berlin.

— (1926), *Das Reichsgesundheitsamt 1876 -1926,* Berlin.

Reid, Margaret (1955), Food, Liquor and Tobacco, in: Dewhurst, J. Friedrich (u.a.): *America's Needs and Resources: A New Survey,* New York, S. 155–157.

Reiter, Hans/Heupke, Wilhelm (1938), *Obst und flüssiges Obst in der Volksernährung und Krankenbehandlung,* Berlin.

Revolution in the Kitchen (1957), in: *Fortune,* Februar 1957.

Richards, Ellen H. (1900), *The Costs of Living as Modified by Sanitary Science,* New York.

— (Hg.) (1899), *The Rumford Kitchen Leaflets,* Boston.

Riedweg, Christoph (2001), Pythagoras, in: *Der neue Pauly. Enzyklopädie der Antike, Band 10,* Stuttgart, Sp. 648–653.

Riley, James C. (2001), *Rising Life Expectancy: A Global History,* Cambridge.

Roberts, James S. (1984), *Drink, Temperance and the Working Class in Nineteenth-Century Germany,* Boston.

Roberts, Lydia J. (1927), *Nutrition Work with Children,* Chicago.

Roerkohl, Anne (1991), *Hungerblockade und Heimatfront. Die kommunale Lebensmittelversorgung in Westfalen während des Ersten Weltkrieges* (= Studien zur Geschichte des Alltags, Bd. 10), Stuttgart.

Roeßiger, Susanne/Merk, Heidrun (Hg.) (1998), *Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation. Eine Publikation des Deutschen Hygiene-Museums, Dresden und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,* Marburg.

Roffo, Angel H. (1931), Durch Tabak beim Kaninchen entwickeltes Carcinom, in: *Zeitschrift für Krebsforschung 33,* Berlin, S. 321–332.

Rogozinski, J. (1990), *Smokeless Tobacco in the Western World, 1550-1950,* New York.

Rolde, Neal (1990), Maine: A Narrative History, Gardiner.

Rolshoven, Johanna (2000), *Der Rausch. Kulturwissenschaftliche Blicke auf die Normalität.* Rheinisch-Westfälische Zeitschrift für Volkskunde 96, Bonn, S. 29–89.

Roos, Dieter (2000), *Nicht nur blauer Dunst. Über Tabak, Zigarren und Pfeifen. Die Geschichte des Tabaks und der Tabakwarenindustrie unter Berücksichtigung der Rauchtabak-, Zigarren- und Pfeifenherstellung in Rees,* Kleve.

Rosen, George/Bullough, Bonnie (1992), *Preventive Medicine in the United States 1900-1990. Trends and Interpretations,* Canton.

Rosenbrock, Rolf (1998), Wa(h)re Gesundheit. Prävention und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik seit den sechziger Jahren, in: Roeßiger, Susanne/

Merk, Heidrun (Hg.): *Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation. Eine Publikation des Deutschen Hygiene-Museums, Dresden und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,* Marburg, S.202–216.

— (1996), Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik, in: *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung 19, Heft 2,* Schwabenheim, S. 40–42.

— (Hg.) (1994), *Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung,* Berlin.

Rosenkrantz, Barbara Gutmann (1972), *Public Health and the State. Changing Views in Massachusetts, 1842-1936,* Cambridge.

Rosenkranz, Karl (1842), *Königsberger Skizzen,* Danzig.

Roth, Karl Heinz (1985), Leistungsmedizin: Das Beispiel Pervitin, in: Kudlien, Fridolf (Hg.): *Ärzte im Nationalsozialismus,* Köln, S.167–174.

Rothschuh, Karl Eberhard (1983), *Naturheilbewegung, Reformbewegung, Alternativbewegung,* Stuttgart.

Rothschuh, Karl Ernst (1969), *Physiologie im Werden* (=Medizin in Geschichte und Kultur 9), Stuttgart.

Rothstein, William G. (2003), *Public Health and the Risk Factor: A History of an Uneven Medical Revolution,* Rochester.

Rotskoff, Lori (2002), *Love on the Rocks. Men, Women, and Alcohol in Post-World War II America,* Chapel Hill.

Rottka, Helmut (1985), *Vegetarier-Studie des Bundesgesundheitsamtes 1985,* Berlin.

Rousseau, Jean-Jacqes (1963), *Emile oder Über die Erziehung,* Stuttgart

Royal College of Physicians (Hg.) (1977), *Smoking or Health. The Third Report from the Royal College of Physicians of London,* London.

— (1962), *Smoking and Health,* London.

Rubner, Max (u.a.) (1932), *Praktische Winke für die Ernährung.* Hg. vom Reichsausschuss für Hygienische Volksbelehrung, Leipzig.

— (1930), *Deutschlands Volksernährung. Zeitgemäße Betrachtungen* (=Die Volksernährung. Veröffentlichungen aus dem Tätigkeitsbereiche des Reichsministeriums für Ernährung und Landwirtschaft. Hg. unter Mitwirkung des Reichsausschusses für Ernährungsforschung, Heft 9), Berlin.

Rüther, Martin (2005), *Köln im Zweiten Weltkrieg. Alltag und Erfahrungen zwischen 1939 und 1945. Darstellungen – Bilder – Quellen,* Köln.

Rush, Benjamin (1805), *An Inquiry into the Effects of Ardent Spirits on the Human Mind and Body, with an Account of the Means of Preventing and of the Remedies for Curings them,* Philadelphia.

— (1790), *An inquiry into the effects of spirituous liquors on the human body: to which is added, a moral and physical thermometer,* Boston.

Rutherford, Janice Williams. (2003), *Selling Mrs. Consumer: Christine Frederick and the rise of household efficiency,* London.

Schaefer, Hans (Hg.) (1967): *Präventive Medizin. Aspekte und Perspektiven einer vorbeugenden Medizin,* Heidelberg.

— (1963), *Die Medizin unserer Zeit,* München.

Schaefer, Hans/Blohmke, Maria (1975-77), *Handbuch der Sozialmedizin,* Stuttgart.

Schagen, Udo (2002), Aufbau einer neuen Versorgungsstruktur: Gesundheitsschutz als Leitkonzept. Historische Grundlagen für das Präventionskonzept der Sowjetischen Besatzungszone und der frühen DDR, in: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriss und Prolog,* Weinheim, S. 165–117.

Schairer, Eberhard/Schöniger, Erich (1943), Lungenkrebs und Tabakverbrauch, in: *Zeitschrift für Krebsforschung 54,* Berlin, S. 261–269.

Schenck, Ernst G. (1989), *Patient Hitler: Eine medizinische Biographie,* Düsseldorf.

Scheunert, Arthur (1952), *Ernährungsprobleme der Gegenwart* (= Deutsche Akademie der Landwirtschaftswissenschaften zu Berlin, Sitzungsberichte, Band I, Heft 1), Leipzig.

Schipperges, Heinrich (2003), *Gesundheit und Gesellschaft. Ein historisch-kritisches Panorama,* Berlin.

Schlegel-Matthies, Kirsten (1995), *Im Haus und am Herd. Der Wandel des Hausfrauenbildes und der Hausarbeit 1880-1930,* Stuttgart.

Schleiermacher, Sabine (2002), Umfassende Krankenversicherung für alle. Verfassungsanspruch und Wirklichkeit, in: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriß und Prolog,* Weinheim, S. 52–64.

Schlickeysen, Gustav (1921), *Obst und Brot. Die wissenschaftliche Diätetik des Menschen,* 3. Auflage, Freiburg.

Schlink, Frederick John (1935), *Eat, drink and be wary,* Washington.

Schmacke, Norbert (2002), Die Individualisierung der Prävention im Schatten der Medizin, in: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriß und Prolog,* Weinheim, S. 178–189.

Schmähl, Dietrich (1988), Krebserregende Stoffe, in: Amberger-Lahrmann, Mechthild (Hg.): *Gifte: Geschichte der Toxikologie,* Berlin, S.167–196.

Schmidt, Bettina/Hurrelmann, Klaus (Hg.) (2000), *Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Ein Handbuch,* Opladen.

Schmidt, Ferdinand (1982), Rauchen und Passivrauchen, in: *Der Öffentliche Dienst 35,* S. 97–120.

Schmidt, Ferdinand (1984), *Raucherentwöhnung. Gesundheitsschäden des Rauchens, Motivation zur Raucherentwöhnung, Methoden der Raucherentwöhnung,* Reinbek.

Schmidt, Jutta (1995), *So bleibt man gesund! Gesundheitserziehung in visuellen Medien von 1900 bis 1950,* Essen.

Schmiedebach, Heinz-Peter (2002), Gesundheit und Prävention in Abhängigkeit vom Gesellschaftsbegriff im 19. Jahrhundert, in: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriss und Prolog,* Weinheim, S. 26–38.

Schnapper-Arndt, Gottlieb (1912), *Sozialstatistik.* (Vorlesungen über Bevölkerungslehre, Wirtschafts- u. Moralstatistik), Leipzig.

Schnitzer, Johann Georg (1973), *Gesunde Zähne von der Kindheit bis ins Alter,* Zürich.

Schöner, Erich (1964), *Das Viererschema in der antiken Humoralpathologie,* Wiesbaden.

Schreiner, Samuel A. (2003), *The Passionate Beechers: A Family Saga of Sanctity and Scandal that Changed America,* Hoboken.

Schwantje, Magnus (1921), *Hat der Mensch das Recht Fleisch zu essen?* Dresden.

Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.) (2003), *Das Public Health Buch,* München.

Schwartz, Hillel (1986), *Never Satisfied. A Cultural History of Diets, Fantasies and Fat,* London.

Schwarz, Richard W. (2006), *John Harvey Kellogg: Pioneering Health Reformer,* Hagerstown.

Schwarzer, Oskar (1995), Der Lebensstandard in der SBZ/DDR 1945-1989, in: *Jahrbuch für Wirtschaftsgeschichte 1995,* Berlin, S. 119–146.

Schweigart, Hans-Adalbert (1936), Unsere Ernährungswirtschaft, in: *Aufklärung! Eine Vortragssammlung,* Leipzig, S. 14–18.

Schwoch, Rebecca (2002), »Die amtlichen Gesundheits- und Fürsorgestellen müssen alle sorgen.« Nationalsozialistische Versorgungsstrukturen: gesundheitspolitische Vorstellungen versus Versorgung im Alltag, in: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriss und Prolog,* Weinheim, S. 136–151.

Sherman, Henry C. (1911), *The Chemistry of Food and Nutrition,* New York.

Sherwood, Mary E. (1892), *The art of entertaining,* New York.

— (1887), *Manners and social usages,* New York.

Siegel, Rudolph Erich (1968), *Galen's System of Physiology and Medicine,* Basel

Sigerist, H. E. (1956), *Landmarks in the History of Hygiene,* London.

Silverstein, Brett (1984), *Fed Up: The Forces That Make You Fat, Sick, and Poor,* Boston.

Sinclair, John (1807), *The Code of Health and Longevity or, A General View of the Rules and Principles Calculated for the Preservation of Health and the Attainment of Long Life,* Edinburgh.

Sinclair, Upton (1906), *The Jungle,* New York.

Slaughter, Thomas P (1986), *The Whiskey Rebellion: frontier epilogue to the American Revolution,* New York.

Smith, Andrew F. (Hg.) (2004), *The Oxford Encyclopedia of Food and Drink in America. Volume 1 and 2,* Oxford.

Smith, David F./Phillips, Jim (2000), Food Policy and Regulation: A Multiplicity of Actors and Experts, in: Dies. (Hg.): *Food, Science, Policy and Regulation in the Twentieth Century: International and Comparative Perspectives,* London, S. 1–16.

Smith, Esther I. (1934), *The Official Cook Book of the Hays System,* Mount Pocono.

Smith, George Davey (u.a.) (1996), Smoking and Health Promotion in Nazi Germany, in: *Journal of Epidemiology and Community Health 48,* S. 220–223.

Spiekermann, Uwe (2000), *Vollkornbrot in Deutschland. Regionalisierende und nationalisierende Deutungen und Praktiken während der NS-Zeit. Beitrag zur Jahrestagung des Sonderforschungsbereichs 417 »Regionenbezogene Identifikationsprozesse im Vergleich.« Leipzig 1.-2. 12. 2000,* Leipzig

— (1999a), Bruch mit der alten Ernährungslehre Die Entdeckung der Vitamine und ihre Folgen, in: *Internationaler Arbeitskreis für Kulturforschung des Essens., Mitteilungen Heft 4,* Heidelberg, S. 16–20.

— (1999b), Esskultur heute. Was, wie und wo essen wir? in: Dr. Rainer Wild-Stiftung (Hg.) (1999): *Gesunde Ernährung zwischen Natur- und Kulturwissenschaften. Die Arbeit der Dr. Rainer Wild-Stiftung,* Münster, S. 41–56.

— (1997), Nahrung und Ernährung im Industriezeitalter. Ein Rückblick auf 25 Jahre historisch-ethnologischer Ernährungsforschung (1972-1996), in: Bodenstedt, Adolf (Hg.): *Materialien zur Ermittlung von Ernährungsverhalten,* Karlsruhe, S. 35–73.

Sporn, Michael B. (1996), The War on Cancer, in: *The Lancet. 347 (9012),* London, S. 1377–1381.

Stadthagen, Hans (Hg.) (1919), *Die Ersatzmittel in der Kriegswirtschaft* (= Beiträge zur Kriegswirtschaft, 56-58), Berlin.

Standfest, Erich (Hg.) (1977), *Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaats,* Köln.

Starr, Paul (1982), *The Social Transformation of American Medicine,* New York.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2005), *Statistisches Jahrbuch 2005.*

— (1991), *Statistisches Jahrbuch 1991 für das vereinte Deutschland,* Wiesbaden.

— (1961), *Statistisches Jahrbuch 1961 für die Bundesrepublik Deutschland,* Wiesbaden.

Statistisches Reichsamt (Hg.) (1929), *Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich 1927,* Berlin.

Steckel, Richard H./Rose, Jerome C. (2002), *The Backbone of History: Health and Nutrition in the Western Hemisphere,* Cambridge.

Stehle, Peter (1997), Ernährung im Wandel. Trends der letzten Jahrzehnte. (1950-2000), in: *AID-Verbraucherdienst 42,* Bonn, S.156–159.

Stern, Bernhard J. (1927), *Should We Be Vaccinated? A Survey of the Controversy in Its Historical and Scientific Aspects,* London.

Stiebeling, Hazel (u.a.) (1941), *Family Food Consumption and Dietary Levels: Five Regions,* Washington.

— (1935), *Economic and Social Problems and Conditions of the Southern Appalachians,* Washington.

Stöckel, Sigrid (2002), Gesundheitsfürsorge – von der Armenpflege zur Profession, in: Dies./Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriß und Prolog, Weinheim,* S. 65–77.

Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (2002a), Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriss und Prolog, in: Dies. (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland,* Weinheim, S. 11–25.

— (2002b), Prävention und ihre Gestaltung vom Kaiserreich bis zur Jahrtausendwende, in: Dies. (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland,* Weinheim, S. 273–299.

Streightoff, Frank (1911), *The Standard of Living among the Industrial People of America,* Boston.

Stresemann, Gustav (1900), *Die Entwicklung des Berliner Flaschenbiergeschäfts,* Berlin.
Struve, Emil (1893), *Die Entwicklung des Bayrischen Braugewerbes im neunzehnten Jahrhundert,* Leipzig.
Struve, Gustav von (1869), *Pflanzenkost. Die Grundlagen einer neuen Weltanschauung,* Stuttgart.
— (1845), *Mandaras' Wanderungen,* Mannheim.
Süß, Winfried (2003), *Der »Volkskörper« im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945,* München.
Suhr, Susanne (1930), *Die weiblichen Angestellten. Arbeits- und Lebensverhältnisse,* Berlin.
Szallies, Rüdiger/Wiswede, Günter (Hg.) (1990), *Wertewandel und Konsum. Fakten, Perspektiven und Szenarien für Markt und Marketing,* Landesberg.

Talley, Colin (u.a.) (2004), Lung Cancer, Chronic Disease Epidemiology, and Medicine, 1948-1964, in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences, 59,* Cary. S. 329–374.
Tappe, Heinrich (1994), *Auf dem Weg zur modernen Alkoholkultur. Alkoholproduktion, Trinkverhalten und Temperenzbewegung in Deutschland vom frühen 19. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg,* Stuttgart.
— (1987), Der Kampf gegen den Alkoholmissbrauch als Aufgabe bürgerlicher Mäßigkeitsbewegung und staatlich-kommunaler Verwaltung, in: Teuteberg, Hans-Jürgen (Hg.): *Durchbruch zum modernen Massenkonsum. Lebensmittelmärkte und Lebensmittelqualität im Städtewachstum des Inustriezeitalters,* Münster, S. 189–235.
Taylor, Peter (1984), *Smoke Ring. The Politics of Tobacco,* London.
Teller, Michael E. (1988), *The Tuberculosis Movement: A Public Health Campaign in the Progressive Era,* New York.
Tennant, Richard B. (1950), *The American Cigarette Industry. A Study in Economic Analysis and Public Policy,* New Haven.
Teucke, Christine (1996), *Nahrungsmittel in der frühen Neuzeit an der Schnittstelle zwischen Alltagswissen und Naturforschung. Organoleptische und chemische Untersuchungsmethoden zur Beurteilung der Nahrungsmittelgüte,* Braunschweig.
Teuteberg, Hans Jürgen (Hg.) (2004), *Die Revolution am Esstisch. Neue Studien zur Nahrungskultur im 19./20. Jahrhundert,* Stuttgart.
— (1990), Die Veränderung der hausfraulichen Küchenarbeit unter dem Einfluß der Industrialisierung, in: Petzina, Dietmar/Reulecke, Jürgen (Hg.): *Bevölkerung, Wirtschaft, Gesellschaft seit der Industrialisierung. Festschrift für Wolfgang Köllmann zum 65. Geburtstag,* Dortmund, S. 359–388.
— (1975), Zur sozialgeschichtlichen Bedeutung der Kartoffel und ihrer Eingliederung in die deutsche Volkskost, in: Valonen, Niilo/Lehtonen, Juhani U. E. (Hg): *Ethnologische Nahrungsforschung – Ethnological Food Research.* Vorträge des zweiten Internationalen Symposions für ethnologische Nahrungsforschung, Helsinki, S.237–265.

— (1972), Der Wandel der Nahrungsgewohnheiten unter dem Einfluß der Industrialisierung, in: Ders./Wiegelmann, Günter: *Der Wandel der Nahrungsgewohnheiten unter dem Einfluss der Industrialisierung,* Göttingen. S. 21–199.

Teuteberg, Hans-Jürgen/Wiegelmann, Günter (1986), *Unsere tägliche Kost. Geschichte und regionale Prägung,* Münster.

Thebesius, Georg Daniel (1751), *Deutliche und ausführliche Nachricht vom Rauch- und Schnupf-Tabacke: worinnen dessen Namen, Ursprung, Pflanzung, Principiis chymicis, Würckungen in der Medicin und Chirurgie, vom Rauchen und dessen Missbrauch und erfolgenden Schaden, vom Nutzen des Rauchens, vom wahren und schädlichen Gebrauch des Schnupftabacks gehandelt wird; von neuen übersehen und verbessert, auch mit einem Auszug aus Heinrich Barnsteins Tractat vom Tabacke vermehret,* Halle.

Thoms, Ulrike (2005), *Anstaltskost im Rationalisierungsprozess. Die Ernährung in Krankenhäusern und Gefängnissen im 18. und 19. Jahrhundert,* Stuttgart.

— (1996), Die historische Entwicklung der Großküchenverpflegung, in: Kutsch, Thomas (Hg.): *Ernährung in Deutschland nach der Wende,* Witterschlick, S. 171–207.

— (1993), Kochbücher und Haushaltslehren als ernährungshistorische Quellen. Möglichkeiten und Grenzen eines methodischen Zugriffs, in: Reinhardt, Dirk/Spiekermann, Uwe/Thoms, Ulrike (Hg.): *Neue Wege zur Ernährungsgeschichte: Kochbücher, Haushaltsrechnungen, Konsumvereinsberichte und Autobiographien in der Diskussion,* Frankfurt, S. 9–50.

Tiedemann, Friedrich (1854), *Geschichte des Tabaks und anderer ähnlicher Genussmittel,* Frankfurt.

Tilley, N.M. (1985), *The R.J. Reynolds Tobacco Company,* Chapel Hill.

Trojan, Alf (2002), Das Konzept der Gesundheitsförderung in der Praxis, in: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriss und Prolog,* Weinheim, S. 250–265.

Troschke, Jürgen von (2002), Das Risikofaktorenmodell als handlungsleitendes Paradigma der Prävention in Deutschland, in: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriß und Prolog,* Weinheim, S. 190–203.

Uekoetter, Frank (2006), *The Green and the Brown: A History of Conservation in Nazi Germany,* Cambridge.

U.S. Congress. Senate (Hg.) (1985), *Subcommittee on Children, Family, Drugs, and Alcoholism. Alcohol Advertising. Hearings,* Washington D.C.

U.S. Congress, Senate, Committee on Labor and Public Welfare (Hg.) (1970), *Comprehensive Alcohol Abuse and Alcoholism Prevention, Treatment, and Rehabilitation Act. 91st Cong., 2d Sess.,* Washington D.C.

U.S. Department of Commerce (Hg.) (1990), *Statistical Abstract of the United States 1990,* Washington. D.C.

U.S. Department of Health and Human Services (Hg.) (2004), *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Ser-*

vices, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Washington D.C.

— (Hg.) (1990), *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives,* Washington D.C.

— (1989), *Reducing the Health Consequences of Smoking. Cancer,* Washington D.C.

— (1987), *Sixth Annual Report to the United States Congress on Alcohol and Health,* Washington D.C.

— (1982), *U.S. Surgeon General. The Health Consequences of Smoking: Cancer,* Washington D.C.

— (1981), *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General,* Washington, D. C.

— (1980), *U.S. Public Health Service: Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation,* Washington D. C.

U.S. Department of Health, Education and Welfare (Hg.) (1986), *The Health Consequences of Involuntary Smoking,* Washington. D. C.

— (1984), *The Health Consequences of Smoking: Chronic Obstructive Lung Disease: A Report of the Surgeon General,* Washington D. C.

— (1979a), *Smoking and Health: A Report of the Surgeon General,* Washington D. C.

— (1979b), *Healthy People: The Surgeon Generals Report on Health Promotion and Disease Prevention,* Washington D.C.

— (1968), *Ten Leading Causes of Death, United States, 1900, 1940 and 1960. Vital Statistics in United States, 1940 to 1960,* Washington D.C.

— (1964), *Public Health Service: Smoking and Health. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service,* Washington D. C.

U.S. Food Agency (Hg.) (1918a), *Food Saving and Sharing,* Garden City.

— (1918b), *Food and the War,* Boston.

U.S. House of Representatives (H.R.) (2009), *1256. Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act,* Washington D.C.

— (1988), *5210. A bill to prevent the manufacturing, distribution, and use of illegal drugs, and for other purposes.* (Omnibus Anti-Substance Abuse Act of 1988), Washington D.C.

U.S. House of Representatives, Select Committee to Investigate the Use of Chemicals in Food Products (Hg.) (1951), *Chemicals in Food Products: Hearings, 82nd Cong., 1st sess.,* Washington D.C.

U.S. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Hg.) (1978), *Third Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Healt,* Washington D.C.

U.S. Presidential Commission on Drunk Driving (Hg.) (1983), *The New Hope of Solution,* Washington D.C.

U.S. Senate, Committee on Nutrition and Human Needs (1977a), Dietary Goals, in: Ders. (Hg.): *Diet Related to Killer Diseases, 2. Cardiovascular Disease: Hearings, 95th Cong., 2nd sess.,* Washington D.C., S.1–13.

— (1977b), *Dietary Goals for the United States: Committee Print (rev.) 95th Cong., 1st sess, Dec 1977,* Washington D.C.

U.S. War Department, Office of the Quartermaster-General (Hg.) (1917), *Manual for Army Cooks,* Washington D.C.

Underhill, Frank (1909), Report on Nutrition Investigation, in: *Chapin, Robert Coit: The standard of living among workingmen's families in New York city,* New York, S. 277–281.

Van Allen, Judith/Marine, Gene (1972), *Food pollution: The Violation of Our Inner Ecology,* New York.

Verk, Sabine (1995), *Geschmacksache. Kochbücher aus dem Museum für Volkskunde,* Berlin.

Verrett, Jacqueline (1974), *Eating may be hazardous to your health: how your government fails to protect you from the dangers in your food,* New York.

Voges, Ernst (Hg.) (1984), *Tobacco Encyclopedia,* Mainz.

Voit, Carl (1881), *Handbuch der Pyhsiologie des Gesammt-Stoffwechsel und der Fortpflanzung. Erster Theil: Physiologie des allgemeinen Stoffwechsels und der Ernährung,* Leipzig.

— (1877), *Untersuchung der Kost in einigen öffentlichen Anstalten. Für Ärtze und Verwaltungsbeamte,* München.

— (1876), *Anhaltspunkte zur Beurtheilung des sogenannten eisernen Bestandes für den Soldaten,* München.

Wandersee, Winfried D. (1981), *Womes's Work and Family Values 1920-1940,* Cambridge.

Wansink, Brian (2006), *Mindless Eating. Why We Eat More Than We Think,* New York.

Warburton, Clark (1932), *The Economic Results of Prohibition,* New York.

Wattenberg, Ben J. (1976) (Hg.): *The Statistical History of the United States from Colonial Times to the Present, Series B 181-192,* New York.

Wear, Andrew (1995), Medicine in Early Modern Europe, in: Conrad, Lawrence I. (u.a.): *The Western Medical Tradition: 800 BC to AD 1800,* Cambridge, S.215–262.

Wedemeyer-Kolwe, Bernd (2004), *»Der neue Mensch«. Körperkultur im Kaiserreich und in der Weimarer Republik,* Würzburg.

Weichert, Imke (1999), Zum Ernährungs- und Mahlzeitenverhalten in Deutschland seit der Wiedervereinigung. Historischer Kontext und empirische Untersuchungen in Erfurt und Göttingen, in: *Volkskundlich-kulturwissenschaftliche Schriften VOKUS 1,* Hamburg, S. 31–47.

Weindling, Paul (2002), The Divisions in Weimar Medicine: German Public Health and the League of nations Health Organization, in: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriss und Prolog,* Weinheim, S. 110–121.

Weisser, Michael (2002), *Cigaretten-Reclame. Über die Kunst, blauen Dunst zu verkaufen. Die Geschichte der Zigarette, ihrer Industrie und ihrer Werbung, von 1860 bis 1930,* Bassum.

Wellford, Harrison (1972), *Sowing the Wind; a Report from Ralph Nader's Centre for Study of Responsive Law on Food Safety and the Chemical Harvest,* New York.

Wendt, Heinz (u.a.) (1997), Zur Situation der Ernährungswissenschaft in Deutschland 1997, in: *Agrarwirtschaft 46,* S. 33–41.

Weyer-von Schoultz, Martin (2006), *Max von Pettenkofer (1818-1901). Die Entstehung der modernen Hygiene aus den empirischen Studien menschlicher Lebensgrundlagen,* Frankfurt.

What Has Happened to Flavour? (1952), in: *Fortune* April 1952, S. 130.

White, Larry C. (1988), *Merchants of Death: The American Tobacco Industry,* New York.

WHO (Hg.) (2006), *Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO,* Kopenhagen.

— (1992), *Europäischer Aktionsplan. Zusammenstellung und Herausgabe der überarbeiteten und autorisierten deutschen Fassung des vom WHO-Regionalkomitee für Europa auf seiner 42. Tagung im September 1992 in Kopenhagen beschlossenen europäischen Aktionsplans Alkohol,* Hamburg.

— (1986), *Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986,* 09.10.2009, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

— (1978), *Primary health; Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 Sept. 1978, Geneva,* 09.10.2009, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

Whorton, James C. (1982), *Crusaders for Fitness. The History of American Health Reformers,* Princeton.

Wiedemann, Inga (1993), *Herrin im Hause. Durch Koch- und Haushaltsbücher zur bürgerlichen Hausfrau,* Pfaffenweiler.

Wiegelmann, Günter (1972), Volkskundliche Studien zum Wandel der Speisen und Mahlzeiten, in: Teuteberg, Hans-Jürgen/Wiegelmann, Günter: *Der Wandel der Nahrungsgewohnheiten unter dem Einfluß der Industrialisierung,* Göttingen, S. 223–S.335.

Wiel, Josef (1871), *Diätetisches Kochbuch mit besonderer Rücksicht auf den Tisch für Magenkranke,* Freiburg.

Wilder, Russell M. (1945), Misinterpretation and Misuse of the Recommended Dietary Allowances, in: *Science 101* vom 23. März 1945, S. 285–287.

— (1941), Nutrition in the United States: A Program for the Present Emergency and the Future, in: *Annals of Internal Medicine 14,* Philadelphia, S.2190–92.

Wildt, Michael (1997), Abschied von der »Fresswelle« oder: die Pluralisierung des Geschmacks. Essen in der Bundesrepublik Deutschland der fünfziger Jahre, in: Teuteberg, Hans Jürgen (Hg.): *Essen und kulturelle Identität. Europäische Perspektiven,* Berlin, S. 211–225.

— (1995), *Am Beginn der »Konsumgesellschaft«. Mangelerfahrung, Lebenshaltung, Wohlstandshoffnung in Westdeutschland in den fünfziger Jahren,* Hamburg.

Wilentz, Sean (2005), *The Rise of American Democracy: Jefferson to Lincoln,* New York.

Williams, Susan (1985), *Savory Suppers and Fashionable Feats. Dining in Victorian America,* New York.

Winkel, Harald (1987), Vom Gourmand zum Gourmet, in: Protzner, Wolfgang (Hg.): *Vom Hungerwinter zum kulinarischen Schlaraffenland. Aspekte einer Kulturgeschichte des Essens in der Bundesrepublik Deutschland.* (=Beiträge zur Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 35), Wiesbaden, S. 31–48.

Winter, Maik H.-J./Kuhlmey, Adelheid (2002), Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. Konzepte und Umsetzungsmöglichkeiten, in: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriss und Prolog,* Weinheim, S. 266–272.

Wirz, Albert (1993), *Die Moral auf dem Teller, dargestellt am Leben und Werk von Max Bircher-Benner und John Harvey Kellogg,* Zürich.

Wirz, Franz Gerhard Maria (1939), *Gesunde und Gesicherte Volksernährung. Die Bedeutung der Ernährungsreform im Rahmen der nationalsozialistischen Gesundheitsführung,* Dresden.

Wright, Gwendolyn (1981), *Building the Dream: A Social History of Housing in America,* New York.

Wüstner, Horst (1941), *Eine Krebsstatistik mit besonderer Berücksichtigung des Bronchialcarcinoms, Diss.* Jena.

Wyden, Peter (1965), *The Overweight Society. An Authoritative, Entertaining Investigation into the Facts and Follies of Girth Control,* London.

Wynder, E.L./Graham, E.A. (1950), Tobacco as a Possible Etiologic Factor in Bronchigenic Carcinoma. A Study of Six Hundred and Eighty-Four Proved Cases, in: *Journal of the American Medical Association 143,* Chicago, S. 329–336.

Young, James Harvey (1989), *Pure Food: Securing the Federal Food and Drugs Act of 1906,* Princeton.

— (1967), *The Medical Messiahs: A Social History of Health Quackery in Twentieth-Century America,* Princeton.

Young, T. Kue (2005), *Population Health: Concepts and Methods,* 2. Auflage, New York.

Young, Michael P. (2007), *Bearing Witness against Sin: The Evangelical Birth of the American Social Movement,* Chicago.

Yudkin, John (1974), *Pure, White, and Deadly,* London.

Zeitschrift der Internationalen Tabakwissenschaftlichen Gesellschaft (1937), *»Der Tabak.« Halbjahresschrift für Tabakanbau, Tabakverarbeitung, Tabak- und Tabakwaren-Handel,* Bremen.

Ziegler, Theobald (1898), *Der Kampf gegen die Unmässigkeit auf Schule und Universität,* Hildesheim.

Abkürzungen

AA	Alcoholics Anonymous
AMA	American Medical Association
AAPA	Association against the Prohibition Amendment
BATF	Bureau of Alcohol, Tobacco, and Firearms
BMI	Body mass index
CFH	Committee on Food Habits
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
DES	Diethylsulfat
DGE	Deutschen Gesellschaft für Ernährung
FDA	Food and Drug Administration
FNB	Food and Nutrition Board
FTC	Federal Trade Commission
IVG	Internationale Gesellschaft für Nahrungs- und Vitalstoff-Forschung
HCB	Hexachlorbenzol
MIT	Massachusetts Institute of Technology
NAACP	National Association for the Advancement of Colored People
NIAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
PCB	Polychlorierte Biphenyle
RDA	Recommended Daily Allowance/täglich empfohlene Menge an Mineralien und Vitaminstoffen
STD	Sexually transmitted disease/Sexuell übertragbare Erkrankung
TCE	Trichlorethen
WCTU	Woman's Christian Temperence Union
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation
WSL	Weltbund zum Schutz des Lebens
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
USFA	United States Food Administration

Tabellenanhang

Tabelle I: Prioritäten der US-Gesundheitspolitik nach Healthy People

(Quelle: U.S. Department of Health and Human Services (Hg.) (1990), Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives, Washington, S. 272–293.)

	Health Promotion	**Selected Goals**	
1	Physical activity	Moderate physical activity	↑
2	Nutrition	Fat intake and overweight	↓
3	Tobacco	Cigarette smoking	↓
4	Alcohol, drugs	Use by children, drivers	↓
5	Family planning	Teenage and unintended pregnancy	↓
6	Mental health	Stress and suicide	↓
7	Violence and abuse	Homicides and assault	↓
8	Health education	School and employee	↑
9	Unintended injuries	Injuries	↓
10	Occupational safety	Injuries	↓
11	Environmental health	Air pollutants, lead levels, and radon protection	↓
12	Food and drug safety	Salmonella outbreaks	↓
13	Oral health	Caries in children	↓

	Preventive Services	**Selected Goals**	
14	Maternal/Infant health	Low birth weight First trimester prenatal care	↓ ↑
15	Heart disease/stroke	Control of hypertension Blood cholesterol levels	↑ ↓
16	Cancer	Breast exams Fecal occult blood testing	↑ ↑
17	Chronic disabilities	Diabetes related deaths disability	↓ ↓
18	HIV infection	Control HIV to 800/100.000	↓
19	STDs	Syphilis/gonorrhea	↓
20	Immunization	Eliminate measles	↓
21	Preventive services	Eliminate financial barriers	↓
	Surveillance and Data Systems	**Selected Goals**	
22	Data systems	Eliminate financial barriers	↓

Tabelle II: Anteil der verschiedenen Rauchwaren am Tabakverbrauch 1877 bis 1983 in Prozent in Deutschland

(Quelle: Hausberg, Carl (1938), Die deutsche Zigaretten-Industrie und die Entwicklung zum Reemtsma-Konzern. Würzburg, S.11f.)

Art der Rauchwaren	1877	1920	1936	1983 (Bundesrepublik)
Zigarren	43,0	37,5	37,2	2,58
Zigaretten	0,16	25,2	35,30	90,16
Pfeifentabak	46,20	31,0	25,0	0,9
Feinschnitt			0,9	6,36
Schnupftabak	7,66	2,1	1,0	
Kautabak	2,98	4,2	0,6	

Tabelle III: Säuglingssterblichkeit in den USA und in Deutschland 1908 bis 1988 auf jeweils 1.000 Geburten

(Quelle: Zahlen für Deutschland 1908, USA 1910. Zahlenangaben nach Wattenberg, Ben J. (1976) (Hg.), The Statistical History of the United States from Colonial Times to the Present = Historical statistics of the United States, colonial times to 1970. Series B 181-192. New York, S.61–62; U.S. Department of Commerce (Hg.) (1990), Statistical Abstract of the United States.Washington, S.75; Kaiserliches Statistisches Amt (Hg.) (1910), Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich 1910, Berlin, S.24; Statistisches Bundesamt (Hg.) (1991), Statistisches Jahrbuch 1991 für das Vereinigte Deutschland, Wiesbaden, S.74.)

	USA	Deutschland
1908/1910	132	178
1950	33	60
1988	10	7

Tabelle IV: Alkoholverbrauch in Deutschland 1850, 1880, 1910 pro Kopf der Bevölkerung in Litern Weingeist

(Quelle: Tappe, Heinrich (1994), Auf dem Weg zur modernen Alkoholkultur. Alkoholproduktion, Trinkverhalten und Temperenzbewegung in Deutschland vom frühen 19. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg. Stuttgart, S. 230ff.)

	Wein	Bier	Branntwein	Alkohol insgesamt
1850	0,75	1,65	5,0	7,4
1880	0,57	3,16	7,1	10,83
1910	0,48	3,97	2,83	7,28

Tabelle V: Jahresverbrauch ausgewählter Nahrungs- und Genussmittel je Kopf der Bevölkerung in Kilo

(Quelle: Winkel, Harald (1987), Vom Gourmand zum Gourmet, in: Protzner, Wolfgang (Hg.): Vom Hungerwinter zum kulinarischen Schlaraffenland. Aspekte einer Kulturgeschichte des Essens in der Bundesrepublik Deutschland. (=Beiträge zur Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 35), Wiesbaden, S.31–48, S.34.)

	1950 in Kilo	1960 in Kilo	1970 in Kilo	Veränderung 1950 – 1960 in Prozent	Veränderung 1960 – 1970 in Prozent
Rindfleisch ohne Fett	11,3	17,3	21,8	153,1	79,4
Schweinefleisch ohne Fett	19,2	29,6	40,6	154,2	72,9
Geflügel	1,6	4,4	8,3	275,0	53,0
Butter	6,3	8,5	8,2	134,9	103,7
Zucker	27,4	29,1	33,8	106,2	86,1
Eier	7,4	13,1	16,1	177,0	81,4
Frischobst	40,3	81,4	91,7	202,0	88,8
Südfrüchte	7,7	21,9	21,2	284,4	103,3
Kartoffeln	184	132	100	- 71,7	- 132,0
Zigaretten (Stück)	498	1619	2529	325,1	64,0
Kaffee	0,6	2,9	4	483,3	72,5
Tee (Gramm)	50	114	145	228,0	78,6
Bier (Liter)	37,3	120	184	321,7	65,2
Schaumwein (Liter)	0,11	1,18	2,4	1072,7	49,2

Tabelle VI: Monatliche Ausgaben eines Vier-Personen-Haushaltes in der Bundesrepublik

(Quelle: Winkel, Harald (1987), Vom Gourmand zum Gourmet, in: Protzner, Wolfgang (Hg.): Vom Hungerwinter zum kulinarischen Schlaraffenland. Aspekte einer Kulturgeschichte des Essens in der Bundesrepublik Deutschland. (=Beiträge zur Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 35), Wiesbaden, S.31–48, S.35.)

	Privater Verbrauch in DM	Davon Prozent für Lebens- und Genussmittel	Ausgaben für Lebens- und Genussmittel in DM
1950	290	52,2	151,4
1960	607	45,3	275,0
1970	1080	35,3	381,2

Tabelle VII: »Ordnung der Nahrung« nach Werner Kollath

(Quelle: Kollath, Werner (1942), Die Ordnung unserer Nahrung, Stuttgart, S.11. In der Tabelle nimmt der Wert der Nahrung von Links nach rechts ab.)

Lebende Nahrung			**Tote Nahrung**		
Nicht verändert	*Mechanisch verändert*	*fermentativ*	*erhitzt*	*konserviert*	*präpariert*
Obst, Früchte, Nüsse	Brei, Presssäfte	Hefe	Fruchtbrot	Marmeladen	ätherische Öle
Körner	Flocken, Schrot	Vollkornbrot	Kuchen	Zwieback	Eiweiß, Stärke
Knollen, Wurzeln, Kräuter	Mus, Salate	Sauerkraut	Hülsenfrüchte	Gemüsekonserven	Zucker, Hormone, Vitamine
Milch	Butter	Yoghurt	Gekochte Milch	Kondensmilch	Milchzucker
Quellwasser	Aufbereitetes Leitungswasser	Molke, Naturwein	Tee, Kaffee	Liköre	Destillate
Vollwert			**Teilwert**		

Tabelle VIII: Die zehn wichtigsten Todesursachen in den USA und in Deutschland in den Jahren 1900, 1910, 1959 und 1960

Quelle: U.S. Department of Health, Education and Welfare. (Hrsg.) (1968), Ten Leading Causes of Death, United States, 1900, 1940 and 1960. Vital Statistics in United States, 1940 to 1960.,Washington D.C, S.79; Kaiserliches Statistisches Amt (Hg.) (1913), Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich 1913, Berlin, S.428–429. Statistisches Bundesamt (Hg.) (1961), Statistisches Jahrbuch 1961 für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden, S.84f.)

	1900 USA	1910 Deutschland	1959 Deutschland	1960 USA
1.	Lungenentzündung und Influenza	Magen- und Darmerkrankungen	Herzkrankheiten	Herzkrankheiten
2.	Tuberkulose	Herz- und Kreislauferkrankungen	Krebs	Krebs
3.	Magen- und Darmerkrankungen	Tuberkulose	Sonstige Ursachen	Hirnblutungen
4.	Herzkrankheiten	Altersschwäche	Altersschwäche	Unfälle
5.	Hirnblutungen	Lungenentzündung	Lungenentzündung	Frühkindliche Krankheiten
6.	Nierenentzündung	Fehl- und Missbildungen	Unfälle ohne Verkehrsunfälle	Lungenentzündung und Influenza
7.	Unfälle	Erkrankungen der Atemorgane	Kinderkrankheiten	Arteriosklerose
8.	Krebs	Erkrankungen des Nervensystems	Autounfälle	Diabetes mellitus
9.	Altersschwäche	Krebs	Leberzirrhose	Frühkindliche Missbildungen
10.	Diphtherie	Hirnblutungen	Geschwüre des Magens- und Zwölffingerdarms	Leberzirrhose

Tabelle IX: Mortalität an Lungenkrebs in den USA 1900 bis 1982

(Quelle: Leichter, Howard M. (1991), Free to be Foolish. Politics and Health Promotion in the United States and Great Britain, Princeton. S.104.)

Jahr	Absolute Zahl der an Lungenkrebs Verstorbenen	Mortalität an Lungenkrebs pro 100.000 Einwohner
1900	gering	0
1930	3000	2
1950	18000	12
1964	40000	21
1982	111000	48

Tabelle X: Raucher und Zigarettenverbrauch in der Bundesrepublik Deutschland 1960 bis 1981

(Quelle: Merzdorf, J. (u.a.) (1982), Daten und Fakten zur Entwicklung des Rauchens in Mitgliedsländern der Europäischen Gemeinschaften: Ergebnisse einer vergleichenden Analyse für den Zeitraum 1960 - 1980. Luxemburg, S.71.)

	1960	1970	1981
Zigarettenraucher in Millionen	16,0	17,3	17,3
Anteil der Raucher an der gesamten »rauchfähigen« Bevölkerung in Prozent	37	37	35
Zigarettenverbrauch in Milliarden	77,7	125,1	146,7
Stück pro Jahr	4856	7231	8480
Stück pro Tag	13,3	19,8	23,2

Tabelle XI: Gewichtsstatus bezogen auf das Broca-Referenzgewicht nach dem erreichten Schulabschluss (BRD) in Prozent der Gesamtbevölkerung im Jahre 1986

(Quelle: Oppolzer, Alfred (1986), Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben. Soziale Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit, Hamburg, S.117.)

Schulabschluss	Geschlecht	Unter 15 Prozent Broca-Referenzgewicht	Über 15 Prozent Broca-Referenzgewicht
Volksschule	Männlich	7,4	20,1
	Weiblich	12,9	23,9
	Gesamt	10,7	22,5
Weiterführende Schule	Männlich	21,0	12,7
	Weiblich	25,0	5,7
	Gesamt	23,1	8,5
Abitur/Hochschule	Männlich	18,8	6,3
	Weiblich	50,1	1,5
	Gesamt	30,3	4,5

Personenregister

Abel, Mary Hinman 58, 141, 143ff., 147
Adams, John 71
Alcott, William Alexander 30f.
Astel, Karl 116
Atkinson, Edward 141-146, 150
Atwater, Helen 166
Atwater Ruth 166
Atwater, Wilbur Olin 34, 141-147, 150f., 166
Auler, Hans 107

Bacon, Selden 307
Baltzer, Eduard 94
Banting, Grant 230
Barnard, Christiaan 231
Barthez, Paul-Joseph 26
Beecher, Lyman 73f.
Bejach, Edgar 112
Belasco, Warren 247, 259, 263
Benedict, Ruth 146, 173
Benezet, Anthony 71
Berger, Hans 230
Bernard, Claude 33f.
Bernard, Joel 70, 72
Best, Charles Herbert 230
Bichat, Marie Francois Xavier 26
Bingen, Hildegard von 19
Bircher-Benner, Max-Oskar 96f., 105, 199f., 204
Birdseye, Clarence 176
Blair, Henry Wilhelm 80
Blankaart, Steven 21
Blohmke, Maria 320
Blücher, Franz 114
Blumenthal, Ferdinand 107
Boas, Franz 173
Bocuse, Paul 280
Bode, Thilo 285f.
Bohlmann, Johannes 206f.
Boole, Ella 86
Brühl-Cramer,Carl von 82
Bruker, Max Otto 277
Buren, Martin van 48
Burney, Leroy Edgar 237
Bush jun., George Walker 308
Bush, George Herbert Walker 313

Calnan, Michael 297
Capone, Al 87
Carson, Gerald 64, 149, 248, 250ff.
Carter, James Earl 324, 326f.
Carus, Carl Gustav 96
Caspari, Wilhelm 107
Cederlöf, Rune 241
Chadwick, Edwin 121
Chain, Ernst Boris 230
Chapin, Robert 152
Chevreuil, Michel Eugène 25, 33
Chittenden, Russell Henry 34, 149f.
Choates, Robert 261
Cleveland, Grover 145
Coles, Larken 32
Colosimo, Jim 87
Conti, Leonardo 115f.
Conyers, John 313

Curie, Marie 230

Darrow, Clarence 86, 88
Davaine. Casimir 122
Davidis, Henriette 46f.
Davis, Adelle 253, 267
Delaney, James 247f., 250, 256
Delevan, Edward C. 74
Descartes, René 26
Deutsch, Ronald M. 255
Domagk, Gerhard 230
Dow, John 75
Drebber, Emil 95f.
Durante, Castoro 22

Ehrlich, Paul 127, 230
Einthoven, Willem 230
Emerson, William R. P. 152
Empedokles 18
Erhard, Ludwig 191
Ervin, Sam 290
Escoffier, Auguste 279
Everard, Giles 22

Farmer, Fannie Merritt 148
Ferber, Christian von 320
Finch, Robert 256
Fischer, Ruth 187
Fischer-Wasels 107
Fleischl, Adolf Martin 62
Fletcher, Horace 149f.
Florey, Howard 230
Ford, Henry 80
Forster, William 22
Fourcroy, Antoine des 25
Franco, Francisco 115
Freeman, Orville 257
Friberg, Lars 241
Friedan, Betty 247
Funk, Casimir 151, 154

Galen 17, 19f.
Goebbels, Joseph 106, 111, 117
Goodhart, Robert 254
Göring, Hermann 105, 115
Graham, Evarts 236
Graham, Sylvester 30f.
Graham, William S. 32
Gregory, James 14
Griscom, John Henry 127
Grote, Louis 203
Gütt, Arthur 111

Haeberlin, Paul 280
Hagen, Wilhelm 319
Hahn, Johann Siegmund 29f.
Hammond, E. Cuyler 236, 241
Harris, Lou 308
Harvey, William 20
Hatch, Orrin 292
Hauser, Gayelord 253
Hay, Howard 165
Heimann, Franz 187
Heinz, Henry J. 64f.
Heller, Johann Florian 33
Helmont, Johan Baptista van 21
Henderson, Yandell 215
Henle, Jacob 122
Hess, Henner 217, 222, 298, 301f.
Hess, Rudolf 105
Himmler, Heinrich 105f., 115, 332
Hindhede, Mikkel 92
Hines, Duncan 179
Hippokrates 17, 18, 20
Hitler, Adolf 105f., 109, 115ff.
Hoffmann, Frederick L. 108, 112
Hoffmann, Friedrich 22
Hoffmann, Walther G. 56
Hoffmann Wilhelm von 134
Hofstätter, Robert 112
Hoover, Herbert 88f., 153, 163
Horn, Daniel 236, 241
Hrubec, Zdenek 241
Hufeland, Christoph Wilhelm 19, 27f.

Jacobson, Michael 260, 263
James I. 24
Jaskowski, Friedrich 94
Jefferson, Thomas 71
Jellinek, Elvin Morton 215
Johnsen, Dieter 282
Jones, Bence 33, 44
Jones, Wesley L. 89
Just, Adolf 96

Kapfelsberger, Eva 276, 285
Keeley, Leslie 81f.
Kellogg, John Harvey 31f., 64, 97, 149, 160
Kellogg, Susan 170
Kellogg, William K. 64
Kellogg Wright Davis, Paulina 31
Kendall, Edward Calvin 230
Kennedy, John F. 238, 251
Kennedy, Edward, 292f.
Keys, Ancel 267
Kilpatrick, James 14
Kirchhoff, Gottlieb Sigismund Constantin 33
Kneipp, Sebastian 19, 93
Koch, Robert 122, 127
Kofrányi, Ernst 208
Kollath, Werner 198-201, 204, 277f.
Koop, Charles Everett 238, 294f.
Kotz, Nick 255
Kraepelin, Emil 112
Kraut, Heinrich 203f.
Kretschmer, Ernst 19
Kroc, Ray 179
Kühnau, Joachim 208, 278
Kuhne, Louis 29

Lahmann, Heinrich 97
Larson, Leonard 254
Lavoisier, Antoine-Laurent 33
Ledermann, Sully 310
Leitzmann, Klaus 12, 277f.
Lent, Eduard 124
Lenzner, Kurz 101
Leo XIII. 80
Leveille, Gilbert 264
Lewis, Diocletion 78
Lewis, Pearl 174f.
Ley, Robert 115
Lickint, Fritz 112f., 116
Liebig, Justus von 33f., 59f., 142f., 150, 154, 199, 208
Liek, Erwin 101f., 104, 107
Lieken, Fritz 200
Linde, Carl 57
Lomb, Henry 143
London, Jack 83
Lorich, U. 241

Marshall, George C. 190
Mayer, Jean 261
McCann, Alfred W. 165
McCollum, Elmer 154f., 157, 166
McCumber, Porter J. 135f.
McLeod, Ian 237
McNutt, Paul 170f.
Mead, Margaret 173
Mitchell, Helen 170
Moleschott, Jacob 34f.
Monroe, Marilyn 249
Morgan, Agnes Fay 166
Morgan, J. P. 156
Morton, Frederic 145
Müller, Franz H. 114
Müller, Karl 206
Müller, Paul 250
Mulder, Gerardus Johannes 33ff.
Murphy, Frances 81
Mussolini, Benito 115

Nader, Ralph 137, 255f., 258f., 262, 312, 332
Neumann, Alfred 107
Nichols 31
Nixon, Richard 231, 308, 326

Obama, Barack 295, 328
Olney, John 259
Olsen, Robert 264
Osgood, J. D. 81

Packard, Vance 247
Paracelsus 20f., 29, 207
Parker, Suzy 249
Parker, Willard 82
Parkinson, John 22
Parrish, Joseph 82
Pasteur, Louis 59, 122f.
Pauling, Linus 201, 254
Paulli, Simon 24
Perkins, Frances 163
Pettenkofer, Max Josef von 33f., 59f., 121
Pflanz, Manfred 320
Pollender, Franz Aloys 122
Pollmer, Udo 276f., 285
Post, Charles W. 64
Prießnitz, Vinzenz 29f., 93
Proctor, Robert 104
Prout, William 33
Pudel, Volker 205
Pythagoras 94

Ramazzini, Bernardino 21
Rausse, Johann Heinrich 30
Rayer, Pierre 122
Reagan, Ronald 292, 308
Reiter, Hans 110, 115f.
Remsen, Ira 137
Reynolds, Henry 81
Ricardo, David 142
Richards, Ellen Henrietta Swallow 141, 143-147
Roberts, Lydia 152, 170
Rockefeller, John D. 80
Rodale, Jerome Irving 252
Roffo, Angel H. 114
Rogot, Eugene 241
Roosevelt, Franklin D. 85, 137, 163, 170f., 221
Rosenbrock, Rolf 319, 322
Rousseau, Jean-Jacques 27
Rubner, Max 34, 98ff.
Rumford, Reichsgraf von 144
Rush, Benjamin 72f., 82f.
Russell, Howard Hyde 30, 34, 83

Santorio, Santoro 20
Sauckel, Fritz 116
Sauerbruch, Ferdinand 115
Schaefer, Hans 320
Schairer, Eberhard 116
Scheele, Carl Wilhelm 25
Schlickeysen, Gustav 96
Schmidt, Carl Ernst 33
Schmidt, Otto 116
Schnapper-Arndt, Gottlieb 185
Schnitzer, Johann Georg 202
Schöniger, Erich 116
Schroth, Johannes 29, 97
Schwantje, Magnus 94
Schweigart, Hans Adalbert 201
Schweitzer, Albert 201, 254
Sebizius, Melchior 22
Sedlmayr, Gabriel 56
Sennert, Michael 21
Shattuck, Lemuel 121
Shaw, Pauline Agassiz 144
Sherman, Henry C. 150
Simon, John 121
Sinclair, Sir John 65
Sinclair, Upton 65
Smith, Alfred E. 88
Smith, George Davey 118
Smith, Robert 214
Soemmering, Thomas 24
Stare, Frederick 260, 264
Steinmetz, Stefan 96
Stiebeling, Hazel 162, 164, 169f.
Strayton, William H. 89
Strunckmann, Karl Christoph 97

Struve, Emil 56f.
Struve, Gustav von 94
Stumpfe, Klaus-Dietrich 303
Swanson, Gloria 247
Swift, Gustavus 63, 65
Synar, Mike 292

Taylor, Frederick W. 148
Thatcher Trall, Russell 30
Thiemann, Franz 200
Thompson, Eliza Jane 78
Thomson, Samuel 30
Thurmond, Strom 313
Tissot, Samuel-Auguste-André-David 26
Torrio, Johnny 87
Turner, Joseph E. 82

Underhill, Frank 152

Verrett, Jacqueline 256, 258f.
Villermés, René Louis 120
Voit, Carl von 34, 59
Volstead, Andrew 84f., 89

Wagner, Richard 105
Walterspiel, Alfred 279
Warner, Lloyd 173
Weichert, Imke 281f.
Wheeler, Wayne 84
White, Ellen 32, 81
Weil, Josef 32
Wilder, Russell 171f.
Wiley, Harvey 65, 134-137
Wilhelm II. 279
Willard, Frances 80, 82
Wilson, William 214
Wirz, Albert 32, 64, 96
Wirz, Franz Gerhard Maria 104f.
Witzigmann, Eckhart 280
Wöhler, Friedrich 33
Wynder, Ernest 236

Yudkin, John 260

Ziehl, Franz 127

Sachregister

Abstinenz 53, 69f., 74f. ,78 , 83, 86–89, 109, 111, 210f., 213f., 308ff., 314, 317
Adipositas (siehe auch Übergewicht) 268, 270f., 281, 323, 327
Agrarrevolution 58
Aktionsplan Alkohol 317f.
Alkohol, Gesundheitsgefahren 82f., 86, 90, 92, 95, 99, 101, 104, 108f., 120, 181, 190, 197, 205ff., 209f., 230, 234, 236, 240, 278, 281, 283f., 309, 312f., 315, 317f., 323ff., 327, 330
Alkoholismus 39, 57, 70, 73, 81f., 88, 108–112, 166, 210, 213ff., 260, 307–311, 315, 318
American Medical Association (AMA) 83, 168, 172f., 215, 254, 257, 262, 264, 292
Amerikanische Kost 40f., 48, 139, 142, 148, 152, 158, 161, 169, 177, 331
Anonyme Alkoholiker 214
Antike Heilkunst 17, 19ff., 29
Anti-Saloon-League 83f., 211
Arbeiter 38, 42–47, 58, 61, 93, 129, 134, 141f., 152, 161, 173, 174

Bakteriologie 120–123, 129, 151, 139, 228
Bauern 39, 185–189, 201
Bayern 40, 53–56, 305
Besteuerung 54, 111, 212, 218, 289, 293, 295, 318
Bier 132, 192, 209, 211f., 244, 299, 309, 311f., 317
Branntwein 21, 37–40, 44f., 52–55, 67, 70f., 99, 209, 299, 316
Brot 18ff., 28, 31, 35, 37–45, 60–63, 96, 99, 101, 133f., 144, 147, 157, 167, 177, 183–189, 204f., 283
Vollkornbrot 30, 61, 96, 102, 104, 118, 204f., 375
Bundesrepublik 8f., 125f., 181, 190–198, 201–206, 209, 225, 238, 273f., 277, 279, 281, 295–299, 303f., 308, 314–319, 322f., 328
Bürgerliche Kost 15, 35, 37–50, 61, 67, 190, 192, 204, 278, 282

Cerealien 63f., 261
Charta von Ottawa 320ff., 327
Cholesterin 248f., 257f., 262ff., 266, 269, 271, 280, 324, 328
Convenience Food 175f., 178, 274, 284

DDR 9, 191, 282f., 314
DDT 250f., 255, 275
Deutsche Küche/Deutsche Kost 38, 48, 183, 185f., 188, 190–196, 198, 279
Deutschland 8f., 13, 15, 37–40, 42, 44, 46, 48, 53–60, 62, 91–119, 121, 123ff., 128–134, 139, 181, 183–209, 216f., 221, 223, 225,

228, 232f., 238f., 273–287, 295, 300–307, 314f., 317f., 322ff., 330
DGE 203–206, 277
Diabetes 10, 120, 161, 206, 233, 260f., 270, 324, 328, 370, 376
Diät 21, 28, 39, 96, 107, 149, 160f., 165, 174, 208, 249f., 263f., 267, 269
Diätetik 17f., 20f., 27–30, 32, 34

Einwanderung 30, 53, 69, 76f., 141, 152, 154, 161, 163, 169, 194
Einzelhandel 176, 194, 211, 255, 266, 298
Eiweißlehre 34, 95, 143, 150, 199, 229, 267, 270, 330
Ernährungsforschung 12, 25, 33, 98–101, 104, 142f., 152. 157, 166, 171, 177, 183, 185, 201, 206, 253, 277
Ernährungskrisen 37, 46, 192
Ernährungsphysiologie 95, 98ff, 103, 125, 142
Ernährungsreform 9, 29, 31f., 96 ,98, 103, 118, 139, 143, 144f., 150f., 183, 198, 203, 252, 260, 277
Erster Weltkrieg 15f, 45, 47, 59–62, 80, 85, 92, 98, 102f, 107, 110, 112, 122, 132f., 137, 141, 145, 147f., 151f., 154, 159, 161, 163, 184, 186, 190, 192, 219f.
Essstörung 324
Europa 8, 15, 17, 19–22, 24ff., 35, 37, 40–46, 48, 51f., 57f., 65, 67, 69, 72, 75ff., 79, 82f., 94, 98, 102, 120f., 127, 139, 145, 152, 170, 178, 181, 191, 194f., 198, 216, 218, 220, 231f., 238, 265f., 270, 273, 284, 286f., 296ff., 303f., 316ff., 323, 325f.
EWG/ EU 225, 273, 287, 297f., 303ff., 316ff.

Fast Food 60f., 195f., 205, 263, 265, 267, 284
FDA 136f., 247f., 254, 256f., 259, 262, 268, 295,
Fehlernährung 104, 128, 142, 152, 164, 263, 270f., 278, 281, 324
Fernsehen 176, 196, 257, 259, 268, 271, 291ff., 301
Fleisch 176, 178, 186f., 189–193, 195, 199, 202, 204f., 207f., 236, 249, 255f., 258f., 263ff., 267, 275–278, 281f., 284
Food Labeling 271
Framingham-Studie 233f., 248
Französische Hochküche 37, 48f., 151, 169, 194, 265f., 279f., 331,
Frauen 31, 35, 38, 43f., 47, 49, 53, 58, 61, 70, 78f., 81f., 88, 106, 112, 114ff., 135, 141, 143, 147f., 153, 156, 158–161, 164, 169f., 175f., 186f., 193, 196, 207, 217f., 220f., 240, 242ff., 249, 261, 265, 267, 282f., 285, 292f.
Frauenzeitschriften 158, 170, 249, 261
Fresswelle 49, 118, 190ff., 196f., 206, 209, 278, 280
Functional Food 274, 331

Gemüse 12, 18–21, 26, 28, 30, 32, 37–47, 58, 60, 63, 95, 97, 99ff., 104–107, 148, 153ff., 160–168, 172–178, 184–193, 199, 202, 204f., 208, 258, 263f., 267, 270, 274f., 281ff., 375
Gesunde Mischkost 35, 98ff., 203, 207, 253f., 263f., 287
Gesundheitsberufe 15, 17f., 22, 24, 52, 78, 91, 112, 124, 126, 128f., 168, 172, 227f., 232, 235, 240, 254, 258, 265, 303, 307, 314, 317, 319, 322, 324,

Gesundheitsförderung 7, 12, 14, 64, 297, 321ff., 326ff.
Gesundheitsladen 167, 253
Gesundheitspolitik 103, 111, 116, 126, 209, 238, 287, 294, 310, 319ff., 324, 326f., 369
Große Depression 163, 169, 176, 221

Hauswirtschaftslehre 143, 145, 147, 149, 151, 166, 186
Hauswirtschaftsunterricht 47, 206
Haute Cuisine siehe Französische Hochküche
Healthismus 325
Herz-Kreislauf-Krankheiten 120, 202, 206, 233f., 244, 264, 267, 324
Humoralpathologie 18, 20, 22, 25, 27f., 95, 229, 330
Hunger 13, 15, 22, 28, 46, 54, 76, 98, 102, 163, 181, 183, 187ff., 191, 252, 258, 270
Hydropathie 29
Hygiene 8, 15, 31, 63–67, 100, 119–137, 141, 199f., 228f., 232, 277, 325f.

Iatrochemie 15, 21, 25f., 29, 229, 330
Industrialisierung 15, 35, 45f., 48, 53, 60ff., 67, 92, 124f., 139, 219, 274
Infektionskrankheiten 119f., 123f., 127f., 232, 242, 326, 328
  Cholera 96, 121f., 235
  Diphtherie 122
  Pest 122, 231
  Tuberkulose 100, 121ff., 127ff., 190, 207, 233, 235, 376
Internationale Kost 139, 170, 178, 188, 193, 194, 205, 247, 266, 279, 331

Jugendschutz 304, 315f.

Kaffee 15, 21–24, 27, 31, 37–40, 42–45, 49, 61, 63, 86, 95, 99, 104, 107, 165, 173, 184, 186–190, 192, 197, 200, 207, 276, 299, 330, 373
Kinder und Jugendliche 35, 39, 47, 58, 69ff., 100, 109, 115, 120, 124f., 129, 131, 152, 155f., 161, 163f., 187ff., 202, 205, 214, 218–223, 240, 244, 256, 261, 276, 281, 300–303, 312, 314f., 319, 324, 326
Kochbuch 24, 32, 46f., 50, 77, 97, 148, 151, 153f., 158ff., 170, 174, 178, 250
Konservierung 38, 43ff., 59f., 65, 101, 131–134, 147, 166, 168, 173, 193, 200, 275, 284
Konservierungsmittel 59, 101, 104, 131, 173, 202
Konsumentenbewegung 166, 255, 258
Küchentechnik 49, 62, 173, 193, 208

Landbevölkerung 40, 43ff., 53, 162
Lebensmittelhygiene 119–139
Lebensmittelindustrie 57, 62, 96, 131, 155, 157, 173, 176, 186, 247, 254, 261
Lebensmittelrecht 131–137, 285
Lebensmittelskandale 65, 132, 134, 247–272, 286
Lebensmitteltechnik 51–65, 95, 97, 101, 162, 167, 189, 193, 251, 273
Lebensmittelverfälschung 101, 130–137
Lebensreform(-bewegung) 8, 31, 67, 78, 83, 91–117, 119, 125, 129, 135, 139, 149, 183, 198, 204, 208, 210, 229, 253, 274
Leberzirrhose 10, 86, 213, 242, 309, 317, 376

Lungenkrebs 10, 111f., 114, 116, 118, 207, 236ff., 242f., 294, 299, 328, 377
Luxuskost 15, 38, 45f., 49, 95, 110, 178, 190, 217f., 258, 265, 274, 280

Mahlzeiten, Mahlzeitensystem 23, 38–41, 49, 51, 59ff., 76f., 103, 146, 160, 173, 191, 192, 196, 205, 250, 284
Mangelernährung 42, 43, 58, 60f., 98, 100, 102f., 107, 128, 150–155, 161–166, 170, 172, 181, 183–195, 197, 204, 232, 269, 270, 325
Männer 35, 49, 60, 71, 76, 78f., 81, 91, 101, 112ff., 144, 146, 159f.,175, 187, 191, 213f., 218, 220, 222, 236, 241–244, 267f., 271, 282, 284f., 294, 296, 302, 309, 312, 314, 323
Margarine 60f., 97, 100, 107, 131f., 134, 172, 185f., 193, 204, 249, 257, 267, 269
Massentierhaltung 60, 94, 275
Minderheiten 46, 161, 169, 211, 232, 242f., 248, 293
Mittelschicht 38, 49, 64, 77, 135, 145–148, 150, 154, 159–165, 169, 175f., 214, 228, 243, 249, 325
Moderne Ernährung 98f., 139, 141, 163–179, 183, 186, 188, 205–208, 225, 247, 273–281, 283
Moderne Hausfrau 170, 175f., 177f., 193

Nachkriegszeit 178, 181, 184, 188, 192, 198, 201, 203, 209–223, 227–232, 238, 287
Nationalsozialismus 92, 102f., 107–111, 116, 118, 187, 197–203, 210
Naturheilkunst/Naturheilkunde 30f., 91, 93, 95, 97, 198, 204, 229
Naturphilosophie 27
Naturwissenschaften 10, 15, 17, 28, 32, 57, 67, 120, 125, 139, 227–233
Nordstaaten (USA) 154

Oberschicht 37, 40ff., 46, 48–51, 77f. 146, 150f., 155, 160, 169, 185, 213, 218, 232, 261, 265, 279, 325

Passivrauchen 113, 290, 294, 299
Paupers, Pauperismus 37, 39f., 45, 53, 330
Pestizide 248, 250–256, 259, 275f., 286
Prävention 7f., 15, 17, 29, 32, 83, 90–96, 104–108, 120, 124ff., 129, 139, 204, 209, 213, 228f., 234, 263, 295, 302, 304, 307–328
Preußen 53f., 56, 60f., 111, 125, 130ff.
Progressivismus 83, 88f., 124, 127, 147
Prohibition 69–90, 108, 119, 129, 133, 136, 141, 144, 148, 159, 181, 211ff., 220, 228, 271, 290, 297, 303f., 308, 312ff., 317f.
Public Health 126, 143, 158, 215, 233, 237f., 250, 260, 291f., 323, 326f.
Pure Food 65, 133–137

Quacksalber, Quacksalberei 82, 93, 165, 228, 253f., 329, 331

Rassismus 89, 105, 126, 128, 210
Ratgeber (für Gesundheit und Ernährung) 22, 24, 206, 208
Rauchen, Schädlichkeit 13, 23f., 103, 111–120, 207, 209–223, 225, 228–234, 235–246, 268, 278, 289–306, 308f., 315f., 324f., 328, 331

Rauchverbot 113, 115, 216, 218f., 289ff., 294f., 304f.
RDAs 171, 173, 254, 262, 270
Restaurant 42, 46, 48f., 115, 160, 169, 174, 179, 191,194f., 211, 258, 263, 265ff., 279f., 282, 294
Rheinland 45, 54, 186
Rohkost 47, 95f., 99f., 106f., 204, 280

Saloon 79–83, 144
Schlanke Linie 160, 163, 184, 249, 269, 282
Schnellrestaurant 160, 179, 282
Schonkost 19
Schulmedizin 14f., 17–22, 26–33, 52, 67, 72f., 81ff., 91, 93, 96, 105, 108, 112, 114, 120,123f., 127, 164, 168, 198, 215, 227–235, 239, 242, 263, 287, 290, 292, 309, 318–323
Selbstversorgung 37, 42, 60, 133, 194
Sezessionskrieg 15, 30, 41f., 48f., 53, 63, 75ff., 82, 133, 141, 146, 158
Spirituosen 51–55, 70–76, 86f., 109ff., 190, 211ff., 308, 312f., 317, 330
Stadtbevölkerung 38, 40, 43, 46, 60
Südstaaten (USA) 43, 89, 142, 161, 163, 313
Surrogate 39, 132, 134f., 184f.

Temperenz 55, 57, 67, 73–80, 83f., 89, 93, 108–111, 209f., 308
Tiefkühlkost 176, 178, 194, 196, 261, 274, 284, 331
Transportrevolution 58
Trennkost 165

Übergewicht siehe auch Adipositas 118, 120, 159ff., 164f., 191, 206, 233, 249, 262, 265, 268f., 278, 281, 323f., 327

Unterschicht 37f., 42–45, 59, 75, 119, 129, 135, 142, 144–147, 151f., 154, 157, 160ff., 169, 173, 175, 184, 218f., 222, 232, 242f., 261, 265, 281, 325, 327
Umweltschutz 201, 202, 251f., 285f., 321, 332
USA 8f., 12–16, 30f., 34, 37, 40, 42, 44, 48f., 53, 62f., 67, 69, 71–77, 80, 82–88, 92, 96, 98f., 107f., 119, 121–135, 139–181, 183, 186, 188, 193f., 198f., 209–228, 231–238, 241–244, 247, 249ff., 255, 257, 259f., 265–275, 281, 287, 289f., 293, 295f., 299, 301, 305, 307–313, 320, 324, 326f., 330

Vegetarier, Vegetarismus 28f., 31f., 64, 92, 94–97, 105f., 149, 195, 199, 203f., 208, 258f., 278
Verbraucherbewegung 9, 168, 248
Verbraucherschutz 133, 137, 225, 273, 290, 312f., 324
Verkehrsrevolution 55, 62, 155
Vitalismus 26f., 34
Vitamine 58, 61, 99f., 104, 151, 154–157, 162, 164, 166–168, 171–174, 177, 186, 199, 201, 203, 207f., 253ff., 260, 262, 267, 275, 278, 287, 331, 375

Werbeverbote 115, 289–293, 304, 309, 312
Werbung 8, 63f., 66, 80, 109, 115f., 147, 156, 176, 193, 196, 198, 204, 212, 216, 218ff., 237, 243, 253, 258–262, 271, 277, 285, 289–298, 300f., 304, 312ff., 318, 331

Zahnerkrankungen 23, 28, 100f., 105, 126, 199, 201f., 275
Zigarette 12, 109–224, 235–246, 289–306, 310, 316, 332

Zigarettenindustrie 111, 117, 235, 238f., 243, 289, 292–295, 297–300, 317
Zusatzstoffe 31, 65, 177, 248, 254f., 259, 262, 270f., 285
Zweiter Weltkrieg 9, 52, 58, 62, 102, 111ff., 118, 120, 129, 139, 164, 167, 169, 173, 175, 177, 181, 183, 186, 190, 195, 198, 200, 210, 212f., 216–222, 225, 227–235, 238, 247, 250f., 263, 279, 287, 295, 307, 314, 330
Zwischenkriegszeit 60, 90, 100f., 158, 181, 183, 186, 198, 220f., 228, 231, 247, 279

Täglich gibt es in der Presse neue Ratschläge zum richtigen Essen und Trinken. Dass der Umgang mit Ernährung ein historischer Lernprozess ist, stellt Detlef Briesen in seiner Geschichte der Ernährung und der Genussmittel wie Tabak und Alkohol vom 18. Jahrhundert bis heute dar. Erstaunlich ist, wie unterschiedlich die Entwicklungen im Laufe der Jahre und in den einzelnen Ländern waren - die Spannbreite reicht von der staatlichen Prohibition in den USA über die Lebensreformbewegung in der Weimarer Republik bis zu den Lebensmittelskandalen der jüngsten Zeit. Briesens Studie macht bewusst, dass es angesichts der globalisierten Lebensmittelindustrie unerlässlich ist, sich mit den Verlockungen des Massenkonsums kritisch auseinanderzusetzen.

ISBN 978-3-593-39154-0
9 783593 391540
www.campus.de